



**RIO GRANDE
DO NORTE**
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE PÚBLICA – SESAP

PLANO ESTADUAL DE **SAÚDE**

2020 - 2023



Fátima Bezerra
Governadora do Estado do Rio Grande do Norte

Cipriano Maia de Vasconcelos
Secretário de Estado da Saúde Pública

Maura Vanessa Silva Sobreira
Secretária Adjunta de Saúde Pública

Lyane Ramalho
Subsecretária de Planejamento e Gestão

Colaboração

Coordenadoria de Administração - COAD

Coordenadoria de Operação de Hospitais e Unidades de Referência - COHUR

Coordenadoria de Orçamento e Finanças - COF

Coordenadoria de Planejamento e Controle dos Serviços de Saúde - CPCS

Subcoordenadoria de Desenvolvimento e Acompanhamento das Programações de Saúde - SUDEAPS

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 – CES

Sistema de Ouvidoria do Estado do Rio Grande do Norte – OUVIDORIA SUS

Coordenadoria de Ações Estratégicas Regionais – COAER

Sistema Estadual de Auditoria – SEA

Coordenadoria de Promoção à Saúde – CPS

Complexo Estadual de Regulação - CER

Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Norte

Equipe de Coordenação e Organização

Victor Hugo de França do Nascimento

Márcia Cunha da Silva Pellense

Gessica Rodrigues Cardoso

Giuliano Silva Pessoa

Kala Pessoa Teodoro

Mayara Roberta de Oliveira Duarte

Viviane Lima da Fonsêca

Heloisa Helena Oliveira da Silva

Tatiane Medeiros Silva Gadelha

Maria Teresa Freire da Costa

Ana Maria de Oliveira Ramos

Cynthia Cordeiro de Sousa Falbo

Derley Galvão de Oliveira

Juliana Dantas de Freitas Barreto Nobre

Magaly Cristina Bezerra Câmara

Kelly Cristina Martins de Araújo Rodrigues

Maria Julieta Medeiros Fernandes

Daniella Mylena Paiva Oliveira

Edmilson de Castro Dias

Paula Francinete Silva de Araújo

Fernanda de Medeiros F. Dantas

Islany Dynara Diogenes Silva

Luanna Roberta Paiva de Oliveira

Verônica Borges Burgos

Paula Érica Batista de Oliveira

Shimene Cristina Scheid Dias

Antônio Francisco Silva Nunes

Severina Pereira de Oliveira

Rogéria Lima Martins

Paola da Costa Silva

Juliana Campos Soares

Emerson Tiago de Sousa Lima

Maria Aparecida da Silva

Katiucia Roseli Silva de Carvalho
Alessandra Lucchesi de Menezes Xavier Franco
Flávia Emanuelle Moreira da Cruz
Valter Luiz dos Santos
Kristiane Carvalho Fialho
Iraci Duarte de Lima
Francineide Gadelha Cunha
Denise Guerra Wingerter
Gilmar da Silva Cordeiro
João Ferreira da Costa Filho
Wilka Carla Martins da Silva
Maria Suêly Lopes Correia Pereira

Diagramação e Formatação

Jonas Oliveira Menezes Júnior

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Síntese do percurso.	27
Figura 2	Estado do Rio Grande do Norte – divisão por Regiões de Saúde.	39
Figura 3	Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Norte	40
Figura 4	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Rio Grande do Norte, 1991-2010.	44
Figura 5	Incidência de tuberculose, Rio Grande do Norte, 2010 e 2019	48
Figura 6	Incidência de hanseníase, Rio Grande do Norte, 2010 e 2019	51
Figura 7	Incidência de AIDS, Rio Grande do Norte, 2008 e 2019	54
Figura 8	Distribuição espacial das notificações de epizootias em PNH no RN no período de 2010 a outubro de 2019 (dados sujeitos a alteração).	57
Figura 9	Distribuição espacial dos casos de raiva animal em 2019 (até 13 de dezembro de 2019) no Rio Grande do Norte	59
Figura 10	Prevalência de leishmaniose visceral, Rio Grande do Norte, 2014 a 2019*	61
Figura 11	Taxa de infecção de leishmaniose visceral canina, Rio Grande do Norte, 2014 a 2019*	62
Figura 12	Infestação do vetor <i>Lu longipalpis</i> nos municípios pesquisados, Rio Grande do Norte, 2014 a 2019*	62
Figura 13	Média da classificação anual dos municípios, segundo os Índices de Infestação Predial do vetor <i>Aedes Aegypti</i> , Rio Grande do Norte, 2016 a 2019.	63
Figura 14	Distribuição dos óbitos por Dengue, Rio Grande do Norte 2016 a 2019*	65
Figura 15	Distribuição dos óbitos por Chikungunya, Rio Grande do Norte 2016 a 2019*	66
Figura 16	Cinturão chagássico, Rio Grande do Norte, 2020	69
Figura 17	Região endêmica de esquistossomose no Rio Grande do Norte.	72
Figura 18	Casos notificados de Sarampo por município de residência, Rio Grande do Norte, 2019*	76
Figura 19	Casos Confirmados de Sarampo por município de residência, Rio Grande do Norte 2019*.	77
Figura 20	Distribuição espacial de casos e óbitos de COVID-19, Rio Grande do Norte, 2020.	82
Figura 21	Classificação dos municípios segundo % de cobertura da vacina em crianças menores de 1 ano, Rio Grande do Norte, 2018* e 2019*	94

Figura 22	Cobertura populacional de Agentes Comunitários de Saúde no RN. Natal, RN, maio de 2019.	133
Figura 23	Cobertura populacional de equipes de NASF-AB no RN. Natal, RN, maio de 2019.	137
Figura 24	Cobertura das equipes de Saúde Bucal nos municípios, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) implantados e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) em maio de 2019.	141
Figura 25	Estimativa de População em Situação de Rua com base em pesquisa do IPEA 2016 por município e Consultórios na Rua implantados em julho 2019.	156
Figura 26	Razão de apenados por 1.000 habitantes no Rio Grande do Norte equipes de Saúde Prisional por municípios.	160
Figura 27	Índice de internações por condições sensíveis à Atenção Básica por município do Rio Grande do Norte em 2018.	168
Figura 28	Mapa de distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial no território do RN.	235
Figura 29	Mapa da Região Oeste Ampliada – ROA	246
Figura 30	Integração entre os diversos serviços de atendimento ao usuário	250
Figura 31	Agrupamentos de “Regiões Resolutivas” – Macro I e II.	260
Figura 32	Redes Regionalizadas de Saúde	263

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte, segundo população e número de municípios – 2018.	40
Tabela 2	Distribuição de casos de esporotricose humana no período de 2016 a outubro de 2020	60
Tabela 3	Distribuição de casos de esporotricose animal no período de 2016 a agosto de 2019.	61
Tabela 4	Casos notificados de chagas crônico, Rio Grande do Norte, 2015 a 2020	69
Tabela 5	Óbitos de Doença de Chagas, Rio Grande do Norte, 2015 a 2020	70
Tabela 6	Tipos de acidentes por animais peçonhentos segundo região de saúde no ano de 2019	71
Tabela 7	Série histórica das atividades realizadas pelo SISPCE no Rio Grande do Norte, de 2013 a 2019. Programa de Vigilância e Controle da esquistossomose – PCE.	73
Tabela 8	Casas trabalhadas na busca ativa de casos suspeitos de 2014 a 2019	74
Tabela 9	Casos notificados para COVID-19 de acordo com a classificação e por região de saúde de residência, Rio Grande do Norte, 2020.	82
Tabela 10	Coberturas vacinais por vacina nos menores de 2 anos, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019*.	88
Tabela 11	Doenças Crônicas Não Transmissíveis no período de 2015 a 2020, Rio Grande do Norte.	96
Tabela 12	Taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano por componente e regional de saúde – Rio Grande do Norte, 2016.	100
Tabela 13	Taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano por componente e regional de saúde – Rio Grande do Norte, 2017.	101
Tabela 14	Taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano por componente e regional de saúde – Rio Grande do Norte, 2018.	102
Tabela 15	Coeficiente de mortalidade por acidente de trabalho.	109
Tabela 16	Quantidade de localidades afetadas pelo derramamento de óleo na costa do Rio Grande do Norte.	114
Tabela 17	Histórico de cobertura populacional estimada por equipes da ESF entre os anos de 2007 a 2019, por região de saúde. Novembro/2019.	125
Tabela 18	Histórico de cobertura populacional estimada pelos ACS entre os anos de 2007 a 2019, por região de saúde. Novembro/2019.	133
Tabela 19	Histórico de cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal – ESB entre os anos de 2007 a 2019, por região de saúde, e mapa de calor. Novembro/2019.	141

Tabela 20	População em Situação de Rua em 2009 e 2016, total de equipes de Consultório na Rua, em 2018, e proporção de equipes por 1.000 habitantes em situação de rua. Novembro de 2019.	155
Tabela 21	Unidades prisionais no estado em 2017 e 2019, população carcerária, equipes de Saúde Prisional e Proporção de equipes por cada 1.000 pessoas privadas de liberdade.	158
Tabela 22	Solicitações de credenciamento de gerentes de UBS à SESAP e CIB no ano de 2019.	162
Tabela 23	Índice de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), por Região de Saúde, de 2008 a junho de 2019, e Mapa de Calor (quanto melhor mais próximo ao verde).	166
Tabela 24	Proporção de encaminhamentos por problema/condição avaliada pelas equipes da ESF no ano de 2018, por Região de Saúde.	172
Tabela 25	Proporção de famílias acompanhadas no Programa Bolsa Família de 2008 a 1ª vigência de 2019.	184
Tabela 26	Práticas populares no RN (2008).	194
Tabela 27	Distribuição do número de Leitos, por especialidade e quantos são do SUS, Rio Grande do Norte, 2019.	209
Tabela 28	Custo de Aquisição de Medicamentos	217
Tabela 29	Relação de custo e valor repassado	217
Tabela 30	Distribuição de CAPS por tipo e por Região de Saúde do ano 2019.	235
Tabela 31	Leitos de Saúde Mental no estado do RN - Processo de implantação	238
Tabela 32	Distribuição de Residências Terapêuticas no RN.	239

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade, Rio Grande do Norte, 2010.	41
Gráfico 2	Taxa de fecundidade, Rio Grande do Norte, 2006-2018.	42
Gráfico 3	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar, Rio Grande do Norte, 2014 a 2018	49
Gráfico 4	Proporção de abandono de tratamento em casos novos de tuberculose pulmonar, Rio Grande do Norte, 2014 a 2018	50
Gráfico 5	Incidência de hanseníase, Rio Grande do Norte, 2014 a 2018	51
Gráfico 6	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase por região de saúde, Rio Grande do Norte, 2014 a 2018	52
Gráfico 7	Casos de infecção pelo HIV , Rio Grande do Norte, 2014 a 2019*.	53
Gráfico 8	Casos confirmados de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, Rio Grande do Norte, 2011 a 2019*	54
Gráfico 9	Distribuição percentual de caso de sífilis em gestante segundo idade gestacional no momento do diagnóstico e ano de notificação. Rio Grande do Norte, 2009 a 2019.	55
Gráfico 10	Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segunda realização do pré-natal, diagnóstico durante o pré-natal, tratamento adequado da mãe, tratamento concomitante ao parceiro e ano de notificação. Rio Grande do Norte, 2009 a 2019.	56
Gráfico 11	Série histórica dos casos de raiva animal no RN no período de 2014 a 2018.	58
Gráfico 12	Casos notificados de Dengue, Rio Grande do Norte, 2016 a 2019*	64
Gráfico 13	Casos notificados de Chikungunya, Rio Grande do Norte, 2016 a 2019*	66
Gráfico 14	Casos notificados de Zika, Rio Grande do Norte, 2016 a 2019*	67
Gráfico 15	Acidentes por animais peçonhentos – Série histórica 2015-2019 (dados sujeitos a alteração).	71

Gráfico 16	Evolução dos casos notificados de Sarampo de acordo com status, Rio Grande do Norte, 2019*	76
Gráfico 17	Casos notificados de sarampo por faixa etária, Rio Grande do Norte, 2019*.	77
Gráfico 18	Taxa de incidência por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRGA) de pacientes hospitalizados, Rio Grande do Norte, 2020*.	80
Gráfico 19	Taxa de mortalidade por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de pacientes hospitalizados, Rio Grande do Norte, 2020*	80
Gráfico 20	Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de pacientes hospitalizados de acordo com classificação de caso para investigação COVID-19, Rio Grande do Norte, 2020*	81
Gráfico 21	Distribuição dos casos confirmados para COVID-19 por faixa etária, Rio Grande do Norte, 2020.	84
Gráfico 22	Distribuição dos óbitos por COVID-19 por faixa etária e presença de comorbidade ou fator de risco, Rio Grande do Norte, 2020.	85
Gráfico 23	Frequência das comorbidades e fatores de risco relatados pelos pacientes que foram a óbito por COVID-19, Rio Grande do Norte, 2020.	85
Gráfico 24	Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina Pentavalente, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.	89
Gráfico 25	Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina Pneumocócica, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.	89
Gráfico 26	Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina contra Poliomielite, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.	90
Gráfico 27	Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina Tríplice Viral, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.	90

Gráfico 28	Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina contra Hepatite B, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.	91
Gráfico 29	Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina BCG, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.	91
Gráfico 30	Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina Meningocócica, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.	92
Gráfico 31	Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina contra Rotavírus Humano, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.	92
Gráfico 32	Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina contra Hepatite A, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.	93
Gráfico 33	Proporção de óbitos por DCNT e, relação aos óbitos gerais no período de 2015 a 2019.	96
Gráfico 34	Óbitos por causas externas, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.	97
Gráfico 35	Taxas de Mortalidade Infantil no Brasil, Região Nordeste e Rio Grande do Norte, 2000 a 2016.	98
Gráfico 36	Taxa de óbitos na infância por componente – Rio Grande do Norte, 2016 a 2018.	99
Gráfico 37	Óbitos infantis, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.	100
Gráfico 38	Percentual de óbitos infantis, segundo evitabilidade na faixa etária de 0 a 4 anos - Rio Grande do Norte, 2014-2017.	103
Gráfico 39	Número de óbitos infantis por causas evitáveis, faixa etária de 0 a 4 anos - Rio Grande do Norte, 2014-2017.	104
Gráfico 40	Razão da mortalidade materna, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.	105
Gráfico 41	Atividades dos trabalhadores do RN.	106
Gráfico 42	Número de notificações de agravos relacionados ao trabalho.	107
Gráfico 43	Coeficiente de Doenças e Agravos relacionados ao Trabalho no Rio Grande do Norte, 2017-2019.	108

Gráfico 44	Coeficiente de Incidência por Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho no Rio Grande do Norte, 2017-2019.	109
Gráfico 45	Categorias das áreas cadastradas no SISOLO.	113
Gráfico 46	Evolução da implementação do Programa Vigiagua nos municípios do RN entre os anos de 2014 a 2018.	115
Gráfico 47	Evolução do alcance do indicador do Programa Vigiagua no RN entre os anos de 2014 a 2018	116
Gráfico 48	Comparação da implementação do Programa Vigiagua nos municípios do RN, em 2019, parcialmente, e entre os anos de 2014 a 2018	117
Gráfico 49	Alvarás Sanitários emitidos pela SUVISA nos anos de 2017, 2018 e 2019.	119
Gráfico 50	Demonstrativo comparativo de número de exames necroscópicos entre os anos de 2018, 2019	121
Gráfico 51	Cobertura da Estratégia Saúde da Família em setembro/2019 por UF	123
Gráfico 52	Número de municípios com equipes da ESF e ACS no RN por ano.	124
Gráfico 53	Número de equipes da ESF e cobertura populacional média estimada no RN por ano.	124
Gráfico 54	Evolução da proporção de equipes com profissionais de programas de provimento no Rio Grande do Norte, considerando a competência dezembro dos anos de 2013 a 2018 e competência maio de 2019.	126
Gráfico 55	Número de profissionais por programas de provimento e proporção de municípios com esses profissionais entre 2013 e 2019.	127
Gráfico 56	Proporção de municípios com profissionais dos programas de provimento por Região de Saúde em 2015, ano de maior adesão, e em 2019.	127
Gráfico 57	Proporção de equipes com profissionais de programas de provimento por regiões de saúde, entre 2013 a 2019.	128

Gráfico 58	Médicos do programa Mais Médicos cadastrados no CNES em julho de 2019, o número de as vagas ocupadas do programa e vagas desocupadas e a taxa de ocupação por região de saúde, em 2019.	128
Gráfico 59	Distribuição percentual dos profissionais segundo modalidade de adesão no Estado do Rio Grande do Norte no período de 2015 e 2019. Natal, novembro de 2019.	129
Gráfico 60	Número de municípios com Agentes Comunitários de Saúde em 1994 e 1997 por UF.	131
Gráfico 61	Número de municípios com ACS no RN por ano.	131
Gráfico 62	Número de Agentes Comunitários de Saúde – ACS e cobertura populacional estimada no RN por ano.	132
Gráfico 63	Proporção de população coberta por ACS por região de saúde.	134
Gráfico 64	Comparação entre a proporção de população coberta por ACS e por ESF 2008 a 2019.	135
Gráfico 65	Número de municípios no RN com NASF-AB implantados por ano.	136
Gráfico 66	Número de NASF-AB por tipo e ano e cobertura populacional estimada no RN.	136
Gráfico 67	Número de municípios com equipes da ESB no RN por ano.	139
Gráfico 68	Número de Equipes de Saúde Bucal e cobertura populacional estimada no RN por ano	139
Gráfico 69	Comparação entre número de equipes de ESF e ESB por ano no RN.	140
Gráfico 70	Comparação entre cobertura de equipes da ESF e ESB, entre os anos de 2007 e 2019, por Região de Saúde.	142
Gráfico 71	Número de municípios no RN com CEOs implantados por ano.	143
Gráfico 72	Evolução do número de CEO no Estado do Rio Grande do Norte, por Região de Saúde, de 2004 a 2019.	143
Gráfico 73	Número de CEOs por tipo e ano e cobertura populacional estimada no RN.	144
Gráfico 74	Número de municípios com Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD por Região de Saúde e ano.	144

Gráfico 75	Proporção de municípios, dentre aqueles que possuem LRPD, que atingiram a média mensal contratualizada.	144
Gráfico 76	Produção de prótese/mês média no estado do Rio Grande do Norte	146
Gráfico 77	Proporção entre os desfechos de tratamento das equipes de Saúde Bucal por ano no RN.	146
Gráfico 78	Número de primeiras consultas, consultas de retorno, consultas de manutenção e indicadores de razão de primeira consulta por Tratamento Concluído e Cobertura da Primeira Consulta no Rio Grande do Norte por ano.	147
Gráfico 79	Número de exodontias registradas no SIA, número de exodontias das equipes da APS e a proporção de exodontias entre o total de procedimentos geral e na APS no Rio Grande do Norte, por ano.	150
Gráfico 80	Proporção entre os desfechos de tratamento das equipes de Saúde Bucal por Região de Saúde no ano de 2018.	151
Gráfico 81	Número de primeiras consultas, consultas de retorno, consultas de manutenção e indicadores de razão de primeira consulta por Tratamento Concluído e Cobertura da Primeira Consulta no Rio Grande do Norte por Região de Saúde no ano de 2018.	152
Gráfico 82	Comparação entre proporção de encaminhamentos em municípios com CEO e municípios sem CEO no Rio Grande do Norte.	153
Gráfico 83	Número de equipes de Consultório de Rua no Rio Grande do Norte, entre os anos de 2011 a 2019 (em 2011 e 2012 como Consultório de Rua).	155
Gráfico 84	Número de equipes de Consultório na Rua para cada 1.000 Pessoas em Situação de Rua (PSR) em 2019.	156
Gráfico 85	Evolução da população carcerária no Rio Grande do Norte por número de apenados e crescimento populacional em relação ao ano anterior, de 2003 a 2019.	157
Gráfico 86	Número de equipes de Saúde Prisional implantadas no Rio Grande do Norte por Região de Saúde de 2014 a 2019.	161

Gráfico 87	Número de unidades de saúde por tipo e ano no RN.	163
Gráfico 88	Proporção de Unidades de Saúde por número de equipes e ano no RN.	163
Gráfico 89	Número de propostas de reforma, ampliação e construção de UBS entre 2011 e 2019 no RN, por Região de Saúde.	164
Gráfico 90	Índice de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) no Rio Grande do Norte, no período de 2008 a junho de 2019, Cobertura de equipes da ESF no mesmo período e proporção encaminhamentos externos na APS de 2013 a 2019.	167
Gráfico 91	Índice de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) nas Regiões de Saúde, no período de 2008 a junho de 2019.	167
Gráfico 92	Distribuição proporcional dos componentes do ICSAB no Rio Grande do Norte no período de 2008 a 2019.	169
Gráfico 93	Taxa de internação nos principais grupos componentes do ICSAB no Rio Grande do Norte, no período de 2008 a junho de 2019, por 10.000 habitantes.	170
Gráfico 94	Proporção de atendimentos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e, relação aos problemas e condições avaliadas no Rio Grande do Norte, no período de 2013 a junho de 2019.	171
Gráfico 95	Oito problemas e condições atendidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no estado, de 2013 a junho de 2019, com maiores taxas de encaminhamento.	171
Gráfico 96	Distribuição proporcional dos componentes do ICSAB nas Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte no ano de 2018.	172
Gráfico 97	Número de Atendimentos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (eESF), Consultório na Rua (eCnR), Saúde Prisional (eESBp) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNASF) no Rio Grande do Norte e as respectivas Proporções de Encaminhamentos de 2013 a junho de 2019.	173

Gráfico 98	Perfil de atendimentos por problema e condição avaliada entre as equipes de Atenção Primária à Saúde no ano de 2018 no Rio Grande do Norte.	175
Gráfico 99	Perfil dos desfechos dos atendimentos realizados pelas equipes da APS no RN no ano de 2018.	176
Gráfico 100	Proporção de Encaminhamentos Externos e Altas em 2018 entre as equipes da ESF por Região de Saúde no RN.	176
Gráfico 101	Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes no Rio Grande do Norte (2019 ainda sujeito a mudanças).	177
Gráfico 102	Razão de consultas puerperais (42 dias) por nascidos vivos pelas equipes da ESF no Rio grande do Norte no período de 2013 a 2019 (2019 sujeito a revisão).	177
Gráfico 103	Taxa de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos no Rio Grande do Norte de 2006 a 2018 (2018 sujeito a revisão).	178
Gráfico 104	Proporção de partos com 7 ou mais consultas de pré-natal e Taxa de sífilis congênita por 10.000 nascidos vivos no Rio Grande do Norte de acordo com o Pré-natal da mãe, de 2007 a 2018.	179
Gráfico 105	Número de casos de sífilis congênita por Região de Saúde e ano no Rio Grande do Norte.	179
Gráfico 106	Taxa de Sífilis Congênita por 10.000 nascidos vivos por Região de Saúde e ano no Rio Grande do Norte.	180
Gráfico 107	Proporção do momento de identificação da sífilis na mãe no Rio Grande do Norte de 2007 a 2018.	180
Gráfico 108	Monitoramento dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Rio Grande do Norte, de 2008 a 1ª vigência de 2018.	181
Gráfico 109	Proporção de crianças com vacinação em dia e com informações nutricionais entre as crianças acompanhadas no Rio Grande do Norte, de 2008 à 1ª vigência de 2018.	182
Gráfico 110	Proporção de crianças acompanhadas, famílias acompanhadas, crianças com vacinação em dia e com informações nutricionais por Região de Saúde, na 1ª vigência de 2018.	183

Gráfico 111	Número de mulheres totais do PBF, mulheres acompanhadas, gestantes acompanhadas, proporção de mulheres acompanhadas e proporção de mulheres com dados nutricionais coletados	183
Gráfico 112	Proporção de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família no período da 2ª vigência de 2018 por município do Rio Grande do Norte.	185
Gráfico 113	Cobertura de Vitamina A entre os grupos-alvo em novembro de 2019 por Região de Saúde.	186
Gráfico 114	Proporção de municípios que atingiram 100% de cobertura de Vitamina A e que atingiram menos de 50% entre os grupos-alvo em novembro de 2019 por Região de Saúde.	187
Gráfico 115	Número de ações desenvolvidas e número de participantes do PSE no Rio Grande do Norte por ano.	189
Gráfico 116	Proporção de municípios e equipes que desenvolveram alguma ação do PSE e número absoluto de equipes que desenvolveram essas ações no Rio Grande do Norte, por ação e ano.	190
Gráfico 117	Média de número de ações do PSE diferentes desenvolvidas por Região de Saúde e ano.	191
Gráfico 118	Proporção de municípios que desenvolveram ações de combate ao Aedes aegypti no âmbito do PSE por Região de Saúde e ano.	192
Gráfico 119	Proporção de municípios que desenvolveram as 12 ações do PSE no ano, por Região de Saúde e ano.	192
Gráfico 120	Proporção da população com pelo menos uma das deficiências investigadas por região de saúde	222
Gráfico 121	Razão da mortalidade materna em 2015 e projeção para até 2030, por unidades da federação – Brasil.	228
Gráfico 122	Razão de Mortalidade Materna de residentes no Rio Grande do Norte no período de 2009 a 2017*	228

Gráfico 123	Taxas de Mortalidade Infantil no Brasil, Região Nordeste e Rio Grande do Norte, 2000 a 2016.	229
Gráfico 124	Série histórica do indicador de matriciamento no RN.	232
Gráfico 125	Série histórica de implantação dos CAPS no Rio Grande do Norte.	234
Gráfico 126	Número de Notificações de Lesão Autoprovocada / Tentativa de suicídio na Série Histórica Janeiro de 2014 a Março de 2019 no Rio Grande do Norte.	242
Gráfico 127	Número de Notificações de Lesão Autoprovocada /Tentativa de Suicídio por faixa etária entre 2014 a março 2019.	243
Gráfico 128	Quadro de servidores efetivos lotados no Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).	256
Gráfico 129	Distribuição dos trabalhadores das unidades da SESAP/RN em Dezembro de 2019.	272
Gráfico 130	Distribuição dos servidores da SESAP/RN por tipo de vínculo, Dezembro de 2019.	273
Gráfico 131	Demonstrativo dos servidores da SESAP/RN por idade em dezembro de 2019.	273
Gráfico 132	Percentual das despesas com Encargos e Pessoal em relação ao total das despesas executadas no ano de 2019. SESAP- Natal/RN.	273
Gráfico 133	Percentual das despesas com Investimentos em relação ao total das despesas executadas no ano de 2019. SESAP- Natal/RN.	286
Gráfico 134	Percentual das despesas com saúde, por subfunção, executadas no ano de 2019. SESAP- Natal/RN.	288

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Óbitos Infantis, período de 2015 a 2019	98
Quadro 02	Municípios prioritários para o VIGIAR e suas respectivas Regiões de Saúde.	111
Quadro 03	Condições sensíveis à Atenção Básica conforme lista do Ministério da Saúde para cálculo do indicador do COAP/2014. Brasil, 2014.	165
Quadro 04	Representações nos Comitês Técnicos de Promoção à Saúde da população Negra e Quilombola e de Promoção à Equidade em Saúde.	195
Quadro 05	Objetivos e Diretrizes das PIC'S no Estado do Rio Grande do Norte.	203
Quadro 06	Quantitativo de leitos por unidade hospitalar e/ou unidade de referência especializada.	207
Quadro 07	Perfilização por unidades hospitalar.	212
Quadro 08	Hospitais para serem administrados pelos consórcios regionais ou de responsabilidade municipal.	213
Quadro 09	Número de procedimentos realizados entre Janeiro e Outubro de 2019	219
Quadro 10	População por região de saúde e nº de PcD	221
Quadro 11	Relação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) em funcionamento e em construção no RN - 2019.	223
Quadro 12	Relação Oficina Ortopédica em funcionamento, construção e habilitação – RN - 2019.	224
Quadro 13	Serviços de risco habitual de alto risco, que compõem a Rede Materno Infantil, no estado do Rio Grande do Norte, por região de saúde, 2019.	226
Quadro 14	Distribuição dos dispositivos CAPS no estado do RN.	233
Quadro 15	Municípios que compõem a Rede de Urgências e Emergência da Região Metropolitana Ampliada de Natal.	245
Quadro 16	Distribuição do SAD por Unidades Hospitalares	255
Quadro 17	Quantidade de aprovados no concurso público edital nº 001/2018 por cargo.	275

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	25
INTRODUÇÃO	27
1. ESTRUTURAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE	29
1.1. Base Legal	29
1.2. Mapa Estratégico – SESAP/RN – 2020/2023	30
1.3. Relação com o Plano Plurianual	32
2. ORIENTADORES ESTRATÉGICOS	32
2.1. Missão, Visão e Valores	32
3. METODOLOGIA DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE	33
4. ANÁLISE SITUACIONAL DO PES 2020-2023	38
4.1. Caracterização do Rio Grande do Norte	39
4.1.1. Análise Demográfica	39
4.1.2. Análise Socioeconômica	43
5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE	44
5.1 Vigilância em Saúde	44
5.1.1 Vigilância Epidemiológica	45
5.1.2. Perfil Epidemiológico	46
5.1.2.1. Doenças Crônicas Não Transmissíveis	46
5.1.2.2. Doenças Crônicas Transmissíveis	48
5.1.2.3. Agravos de notificação compulsória envolvendo animais (vetores e reservatórios)	57
5.1.2.4. Emergências e Eventos de Importância em Saúde Pública	74
5.1.2.5. Imunização	87
5.1.3. Perfil de Morbimortalidade	95
5.1.3.1. Mortalidade por Doenças Crônicas	95
5.1.3.2. Mortalidade por Causas Externas	97
5.1.3.3. Mortalidade Infantil e seus componentes	97
5.1.3.4. Mortalidade Materna	105
5.2. Vigilância à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no RN	106

5.2.1.	Incidência de doenças e agravos relacionados ao trabalho	107
5.2.2.	Incidência por intoxicação exógena relacionada ao trabalho	108
5.2.3.	Coeficiente de mortalidade por acidente de trabalho	109
5.3.	Vigilância em Saúde Ambiental	110
5.3.1	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (VIGIAR)	110
5.3.2.	Vigilância em Saúde de populações expostas a áreas contaminadas (VIGISOLO)	112
5.3.3.	Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Desastres (VIGIDESASTRES)	113
5.3.4	Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano (VIGIAGUA)	115
5.3.5.	Monitoramento Ambiental de Contaminantes e Patógenos de Interesse em Saúde Ambiental	117
5.4.	Vigilância Sanitária	118
5.5.	Serviço de Verificação de Óbito – SVO	120
5.6.	Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública	121
5.7.	Atenção Primária à Saúde do Rio Grande Do Norte	122
5.7.1.	A Estratégia Saúde da Família	122
5.7.2.	Agentes Comunitários de Saúde	130
5.7.3.	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB	135
5.7.4.	Saúde Bucal	138
5.7.4.1.	Centro de Especialidades Odontológicas – CEO	142
5.7.4.2.	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD	144
5.7.4.3.	Qualidade da Saúde Bucal	146
5.7.5.	Consultório na Rua	153
5.7.6.	Saúde Prisional	157
5.7.7.	Unidades Básicas da Atenção Primária a Saúde	162
5.7.8.	Resolubilidade da Atenção Primária à Saúde	164
5.7.9.	Acompanhamento dos Condicionantes do Programa Bolsa Família	180

5.7.10.	Programa Saúde na Escola	187
5.8.	Promoção da Educação e da Equidade em Saúde	193
5.8.1.	Educação Popular em Saúde	193
5.8.2.	Política de Promoção da Equidade em Saúde	194
5.8.3.	Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola	196
5.8.4.	Povos e comunidades tradicionais de religião de matriz africana.	197
5.8.5.	Atenção Integral à Saúde da População do Campo, Floresta e Águas	197
5.8.6.	Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.	198
5.8.7.	Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua	199
5.8.8.	Atenção Integral à Saúde da População Indígena	200
5.8.9.	Atenção Integral à Saúde dos Povos Ciganos	201
5.8.10.	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	202
5.9	Programa RN + SAUDÁVEL	204
5.10.	Atenção Especializada	206
5.10.1	Perfilização das Unidades Hospitalares da Rede SESAP/RN	210
5.10.2.	Unidades de Referência	213
5.10.2.1.	Hemocentro Dalton Barbosa Cunha (HEMONORTE)	213
5.10.2.2.	Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT)	214
5.10.2.3.	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	216
5.10.2.4.	Centro de Reabilitação Infantil e Adulto (CRI/CRA)	217
5.11.	Redes de Atenção à Saúde	220
5.11.1.	Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência	220
5.11.2.	Rede de Atenção Materno-Infantil	225
5.11.3.	Rede de Atenção Psicossocial	230
5.11.4..	Rede de Atenção às Urgências e Emergências -RUE	243
5.11.5.	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC)	248

5.11.6.	Serviço de Atenção Domiciliar	254
5.11.7	Regulação da Assistência à Saúde	257
5.11.8	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192 RN)	264
5.11.9.	Central de Regulação do Acesso às Portas Hospitalares – CAPH	266
5.11.10.	Central Estadual de Transplantes (CET – RN)	268
5.11.11.	Central Nacional de Alta Complexidade	269
5.11.12.	Tratamento Fora do Domicílio – TDF	270
6.	GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	271
6.1.	Gestão do Trabalho	272
6.2.	Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS no RN	277
6.3.	Gestão da Educação	277
6.4.	Gestão da Informação	279
7.	PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS	280
7.1.	Gestão em Saúde	280
7.2	Financiamento	283
7.3.	Regionalização	289
7.3.1.	O processo de Regionalização e as Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAPs)	292
7.4.	Ouvidoria	295
7.5.	Auditoria	296
7.6.	Controle Social	298
7.6.1.	Conferência Estadual de Saúde	300
8.	O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	304
CONSIDERAÇÕES FINAIS		306
DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES		307

APRESENTAÇÃO

O Plano estadual de saúde do RN para o quadriênio 2020-2023 é um produto coletivo tecido a muitas mãos e fruto do diálogo entre sujeitos nos inúmeros encontros realizados para discussão sobre a situação de saúde e os problemas que afetam a maioria da população do Estado e que foram canalizados para os debates e deliberação de prioridades na --- Conferência Estadual de Saúde que aprovou as diretrizes que nortearam a elaboração do presente documento.

O PES se constitui no documento orientador da ação do governo na saúde ao longo de sua vigência e traduz os anseios dos inúmeros sujeitos coletivos que se fizeram presentes ao debate nos momentos de sua elaboração participativa. Atende a um imperativo da Lei do SUS e se constitui, junto com o PPA setorial, em instrumento oficial de planejamento a guiar a ação dos entes governamentais no território potiguar, traduzidos anualmente na programação anual de Saúde condicionada pelos limites ditados pela Lei orçamentária.

Todavia, seu valor de uso não está restrito aos agentes governamentais, ele também deve referenciar os demais agentes do Estado na defesa do direito à saúde e os sujeitos políticos e sociais nas ações e lutas para alcançar seus objetivos e metas na consecução desse direito. Entretanto, para que o PES cumpra esse papel ele precisa se manter no centro do debate nos espaços de governança e de controle social e ser assumido, pelos que o formularam e aprovaram, como ferramenta mobilizadora dos debates a orientar condução do SUS no estado.

O documento que ora se publiciza contém um extensivo diagnóstico da contemporânea situação de saúde do Estado, uma descrição da organização das ações e serviços nas várias áreas de atuação do SUS, a análise situacional e os desafios a serem enfrentados para a melhoria de seu desempenho e o mais relevante num documento plano - os objetivos estratégicos e metas a serem alcançados para responder a esses desafios ao longo dos 04 anos de sua vigência.

Nós que assumimos a responsabilidade pela condução do SUS durante sua elaboração, aprovação e implementação conclamamos a todos os trabalhadores do SUS e atores sociais interessados na viabilização do direito à saúde a se manterem

mobilizados na defesa dos princípios que fundamentam o SUS e nas lutas para assegurar as condições adequadas de institucionalização e financiamento, nas três esferas de governo, mas, principalmente no âmbito federal, para que os retrocessos na política setorial não venham a comprometer a consolidação do SUS em âmbito nacional que dependem da manutenção e revigoramento do pacto federativo instituído na Constituição Cidadã de 1.988.

O sucesso dessa mobilização será decisivo para assegurar as condições institucionais e de financiamento necessárias a obtenção das metas previstas no PES RN e assim contribuímos com a consolidação do SUS no estado, de modo a responder oportunamente às necessidades de saúde da população e a efetivação do direito à saúde no âmbito estadual.

Vamos juntos somar esforços na reconstrução e na consolidação do SUS, no RN e no Brasil. A defesa da vida e da saúde de todos os potiguares depende de nossa ação coletiva.

Cipriano Maia de Vasconcelos

Secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte

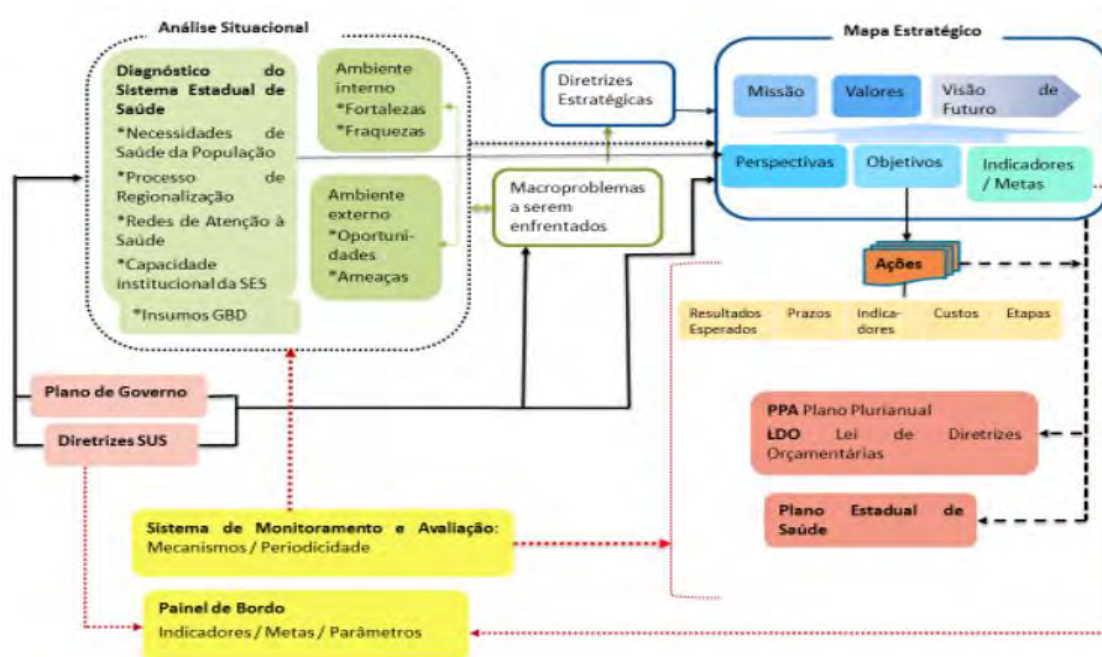
INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES) é o instrumento de base para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e programas da Secretaria de Estado da Saúde Pública. Ele deve orientar a atuação da esfera estadual em sua coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes, prioridades, metas e indicadores para o período de 2020 a 2023.

É importante que este instrumento esteja alinhado com as demais iniciativas e instrumentos governamentais no âmbito estadual, tal como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. Nessa perspectiva, foram feitos esforços relevantes no sentido de gerar esta compatibilidade entre os instrumentos de gestão e planejamento do SUS.

Produto de significativas discussões internas e um importante processo de qualificação de seus atributos, o PES buscou, ainda, considerar a essencial contribuição de outros atores, tal como o Conselho Estadual e a Conferência Estadual de Saúde, além de instrumentos de aporte técnico (painel de bordo, mapa estratégico e plano de governo)(Figura 1).

Figura 1- Síntese do percurso.



Fonte: SESAP, 2020.

O Plano Estadual de Saúde deve balisar a orientação estratégica da SESAP/RN, assim como também a gestão em seu nível de atuação. Ele deve apoiado por outras iniciativas de aperfeiçoamento dos controles internos e melhoria contínua no processo de governança e conferindo respaldo técnico a iniciativas de controle por órgãos de controle externo.

A elaboração deste Plano de Saúde envolveu todas as Coordenadorias e suas Subcoordenadorias vinculadas, Núcleos Técnicos, Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAPs) e dezenas de pessoas, direta ou indiretamente. Ele se constituiu mediante uma construção coletiva, responsável, democrática e equânime.

O Plano é apresentado em 11 (onze) seções, conferindo assim dinamicidade e transparência nas informações nele relacionadas. A primeira contempla sua estruturação, bases legais e relação com o Plano Plurianual; a segunda explicita todos os orientadores estratégicos considerados em sua elaboração; a terceira sintetiza a análise de situação de saúde; a quarta estabelece os indicadores da política de saúde, que serão atualizados anualmente; a quinta apresenta os Objetivos Estratégicos do Plano - em consonância com o PPA -, bem como suas metas e projetos; a sexta discorre sobre os elementos necessários à sua gestão eficaz.

Nesse sentido, o Plano construído e fruto dos demais instrumentos supracitados, se torna uma importante ferramenta para impenetração das ações de saúde em âmbito estadual, eficaz no que diz respeito ao controle social, já que possibilita o acompanhamento e a avaliação objetiva da gestão estadual, servindo como subsídio para o processo de planejamento da saúde.

Contudo, o PES busca gerir e qualificar o acesso aos bens e serviços de saúde, no âmbito estadual e de modo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida dos norteriograndenses.

1. ESTRUTURAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

1.1. Base Legal

O planejamento técnico das políticas da Administração Pública Estadual para a área da saúde deve ser expresso em dois planos: o Plano Estadual de Saúde (PES) e o Plano Plurianual (PPA), ambos previstos na Constituição Federal de 1988.

Concernente as responsabilidades da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN), no que tange à política estadual de saúde, estas versam sobre ; a coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito estadual II – gerenciar, coordenar, controlar e avaliar as políticas do Sistema Único de Saúde – SUS – no Estado; promover a qualificação dos profissionais do SUS, por meio da realização de pesquisas e atividades de educação em saúde; promover e coordenar o processo de regionalização e descentralização dos serviços e ações de saúde; coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, nutricional e de saúde do trabalhador; coordenar o monitoramento e a avaliação das formas de financiamento do SUS no Estado; fomentar o processo de organização e implantação das redes de atenção à saúde do SUS no Estado; dar diretrizes, avaliar a execução das ações e dos serviços sob a responsabilidade das instituições que integram sua área de competência.

A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre a obrigação legal de elaboração do PS (art. 15) e sobre a compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de. Além disso, observa que o Conselho de Saúde (CES) deve estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços. Ressalta-se ainda que a Lei Complementar nº 141/2012, no artigo 30, § 4º, reforça que cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

Nesse contexto, o CES e a Conferência Estadual de Saúde são instâncias colegiadas do SUS, que permitem a participação social, e possuem papel importante na definição das diretrizes que subsidiam a formulação de estratégias, objetivos, metas e indicadores e, posteriormente, no controle e avaliação da execução da

política pública estadual. Assim, as diretrizes estabelecidas pelo CES e pela 9ª Conferência Estadual de Saúde foram consideradas no processo de formulação do Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

Destaca-se que o PES 2020-2023 é um instrumento de gestão orientador do processo de planejamento do SUS na esfera estadual, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população. O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde.

A partir do artigo 94 da Portaria de Consolidação MS nº 1/2017, pode-se visualizar as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, a definição da vigência de quatro anos e dos elementos que devem compor o PS, como:

- a) a análise situacional de saúde;
- b) os objetivos, metas e indicadores;
- c) o processo de monitoramento e avaliação.

A estrutura do PES 2020-2023 amplia o escopo requerido pela legislação apresentando aspectos relacionados ao Planejamento Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde pública do Rio Grande do Norte, como por exemplo o Mapa Estratégico.

1.2. Mapa Estratégico – SESAP/RN – 2020/2023

Ajustado o Mapa Estratégico da SESAP, em diálogo com a identidade da gestão e buscando maior capacidade para comunicar, de forma a ser entendida por qualquer cidadão, a identidade institucional (Missão, Visão de Futuro e Valores) e seus objetivos estratégicos. O mapa estratégico possui funções importantes e complementares. Este, por sua vez, detalha os objetivos da organização, sejam eles finalísticos, de suporte ou governança. Isso possibilita não apenas a definição de indicadores para os objetivos finalísticos – os quais serão detalhados neste Plano de Saúde -, como também a elaboração de indicadores para processos mais internos e de suporte à gestão, gerando uma visão compartilhada para o alcance de sua Missão.

Mapa Estratégico



GOVERNO
DO ESTADO
DO RIO GRANDE
DO NORTE
Secretaria da Saúde
Pública - SESAP

REFERENCIAL ESTRATÉGICO

Missão: Formular, coordenar e implementar, de forma regionalizada e participativa, a política estadual de atenção à saúde, assegurando à população ações de promoção, vigilância em saúde e acesso integral, humanizado e resolutivo, conforme princípios e diretrizes do SUS

Visão: Instituição gestora de um sistema que contribui para assegurar a proteção à saúde da população e a promoção de uma vida saudável no RN

Valores: Equidade, universalidade, integralidade, solidariedade, democracia, ética, transparência e qualidade

RESULTADOS PARA A SOCIEDADE

Reduzir a **mortalidade materno-infantil**

Minimizar as **mortes e adoecimento por condições imunopreveníveis**

Reduzir **morte e adoecimento por causas evitáveis**

Promover o acesso a serviços de saúde resolutivos na **atenção ambulatorial e especializada**

Promover o acesso da população à **vida saudável**

PROCESSOS

Reestruturar o processo de **regionalização da saúde**

Contribuir para aumentar a efetividade e resolutividade da **Atenção Primária à Saúde**

Estruturar a **Vigilância em Saúde** nas regiões

Ampliar e qualificar a **Assistência Farmacêutica**

Estruturar a **contratualização, regulação** e auditoria dos serviços de saúde obedecendo os princípios de equidade e acesso regional

GESTÃO E REGIONALIZAÇÃO

Aprimorar práticas de **planejamento e gestão** no SUS estadual, assentadas na regionalização

Organizar sistema de apoio à gestão e aos municípios, com vistas ao processo de **regionalização e organização das redes de atenção**

Implantar **Políticas Prioritárias**

Implantar o **Programa RN + Saudável**

Criar política de **desenvolvimento científico e tecnológico** do SUS-RN

Fortalecer a **Gestão do Trabalho**

Implantar a **Política de Educação Permanente**

FINANCEIRA

Avançar na autonomia da gestão do **Fundo Estadual de Saúde**

Aprimorar a destinação e a **utilização eficiente dos recursos** estaduais e municipais (via consórcios)

Elaborar e implementar programa de **investimentos na rede de saúde**, incluindo a construção, reforma, ampliação de equipamentos, para tornar os serviços públicos do RN compatíveis com os padrões de qualidade já alcançados em outras realidades próximas



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

1.3. Relação com o Plano Plurianual (PPA)

Em consonância com a Constituição Federal de 1988, o PES 2020-2023 foi elaborado em compatibilização com Plano Plurianual 2020-2023 e possui coerência quanto à vigência e aos objetivos definidos.

No PPA 2020-2023, são denotados 16 objetivos estratégicos na área da saúde, cada um com suas respectivas metas e indicadores. O PES, por sua vez, contempla uma quantidade maior de metas e indicadores por objetivo, de modo a fortalecer o monitoramento e avaliação da atuação da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte.

2. ORIENTADORES ESTRATÉGICOS

O Plano Estadual de Saúde, como instrumento orientador da política pública estadual, deve, naturalmente, estar alinhado às demandas da sociedade e às orientações governamentais. É importante que o PES busque convergência entre atores internos e externos, tenha coerência com os esforços para aprimoramento da gestão da SESAP/RN e alcance a visão de futuro desta Secretaria de Estado da Saúde.

Para o período de 2020 a 2023, a SESAP/RN se moldou no sentido de considerar outros importantes orientadores, tal como as Diretrizes da Conferência Estadual de Saúde, as prerrogativas do Programa de Regionalização Integrada (PRI) e da Programação Geral das Ações e Serviços da Saúde (PGASS).

Adicionalmente, de forma concomitante, aconteceu a elaboração de um Planejamento Estratégico orientador dos processos internos necessários à consecução de suas competências regimentais, bem como a definição de sua Missão, Visão, Valores e Mapa Estratégico.

2.1. Missão, Visão e Valores

Em oportuno, visando a dinâmica proposta para a elaboração do PES 2020-2023 e conseqüentemente seu monitoramento e avaliação, viu-se a necessidade de redefinir a Missão, Visão e Valores da Secretaria do Estado da Saúde Pública do Rio

Grande do Norte (SESAP/RN), de modo a permitir que os diversos atores constituintes deste processo pudessem compartilhar dos mesmos propósitos e ideais.

MISSÃO

Formular, coordenar e implementar, de forma regionalizada e participativa, a política estadual de atenção à saúde, assegurando à população ações de promoção, vigilância em saúde e acesso integral, humanizado e resolutivo, conforme princípios e diretrizes do SUS.

VISÃO

Instituição gestora de um sistema que contribui para assegurar a proteção à saúde da população e a promoção de uma vida saudável no RN.

VALORES

Equidade, universalidade, integralidade, solidariedade, democracia, ética, transparência e qualidade.

3. METODOLOGIA DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

No que concerne a metodologia prática da construção técnica deste instrumento, está versou entre, além da compatibilização antemencionada, ainda na conformação com a 9ª Conferência Estadual de Saúde, o Plano de Governo Estadual, o Programa de Regionalização Integrada (PRI), a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) e o Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), conferindo premissas de planejamento, transparência e integração.

Ademais, reuniões e oficinas temáticas, descentralizadas e regionalizadas com enfoque na aprendizagem baseada em problemas, foi a metodologia ativa aplicada, com o fomento ao alinhamento conceitual sobre o planejamento estratégico.



No sentido de aprimoramento da prática de construção do instrumento, foi criado um Grupo de Trabalho (GT), este, responsável pela discussão e condução dos trabalhos em consonância com a metodologia de apoio institucional ora proposta.

O processo de planejamento estratégico da SESAP/RN ocorreu conforme o acordo inicial e todas as oficinas foram realizadas nas datas previstas, com efetiva participação dos dirigentes e técnicos chamados a compor o Grupo de Trabalho, incluindo a alta direção – Secretário e Secretário Adjunto. Os produtos foram construídos, e as lacunas e detalhamentos a serem feitos foram encaminhados ou se vinculam ao desenvolvimento de capacidade instalada técnico-administrativa da SESAP/RN, apontados nos objetivos estratégicos deste Plano. O sistema de gestão foi pactuado, para garantir a dinâmica necessária ao planejamento estratégico.

No tocante a organização do processo de trabalho, o GT se usou de ferramentas de diagnóstico como a Matriz SWOT Cruzada (strengths, weaknesses, opportunities and threats, do inglês), esta, caracterizada pela análise de dificuldades e potencialidades encontradas para o alcance dos objetivos e metas propostos, conferindo assim qualificação na busca pela resolutividade dos problemas elencados. Ademais, foi realizada a análise dos impactos entre as variáveis internas e externas, buscando entender os fatores críticos e estratégias a serem desenvolvidas no quadriênio em questão.

Outra ferramenta utilizada, pelo GT, no processo de trabalho de construção do PES 2020/2023 foi a Matriz de Coerência, instrumento este que auxilia na definição de prioridades de pesquisa em saúde e trabalha a coerência dos objetivos, metas e indicadores, dos instrumentos de gestão e de planejamento, utilizados para a elaboração deste Plano, denotando caráter de monitoramento e avaliação simultânea do que fora sendo alcançado.

Propostos os indicadores e metas que concretizam o significado dos objetivos estratégicos e dão a base para acompanhamento e avaliação do plano, estes, além das ações emblemáticas, formam o Painel de Bordo. O Painel organiza o acompanhamento da gestão em suas apostas fundamentais, a partir das mudanças que quer produzir na realidade, em qual tempo e como. Nesse sentido, para o acompanhamento das metas são estabelecidos parâmetros, segundo os quais os resultados frente a cada meta podem ser considerados bons, ainda razoáveis ou alarmantes. Junto à outras ferramentas de monitoramento e avaliação deram curso no desenvolvimento das oficinas preparatórias e de discussão e sua efetividade para o processo de elaboração do Plano em questão.

No que se refere as oficinas realizadas no percurso metodológico, estas inicialmente tiveram como fomento à integração dos instrumentos de planejamento em saúde com os de gestão (Plano de Saúde, PAS, RAG, PPA, LDO, LOA) para a construção do planejamento estratégico, bem como o desenvolvimento do Plano de Ação e a tábua de indicadores estratégicos para monitoramento do planejamento (Painel de Bordo), com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Por conseguinte, viu-se a necessidade de interlocução com as ações da PGASS, originando as oficinas sobre o reordenamento das ações desta Programação em inferência com o PROGRAMASUS, priorizando o papel da SESAP como condutora da política de saúde e sua atuação no fortalecimento e qualificação do SUS no estado. Tais oficinas, serviram de suporte para as oficinas preparatórias seguintes com participação das Coordenadorias da SESAP/RN e com as equipes técnicas das URSAPs.

O alinhamento conceitual para qualificar os trabalhos nas Coordenadorias e URSAPs se deu por meio de oficinas preparatórias, envolvendo além dos já citados,

outros atores inerentes ao campo da saúde no nível estadual (Suprintendência do Ministério da Saúde no RN/SEMS-RN, Apoiadores Regionais e Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Norte/FAPERN). No tocante as Coordenadorias, estas oficinas de fato prepararam o corpo técnico destas para uma discussão e enfrentamento das problemáticas setoriais de forma inteligente e qualificada. No que se refere as URSAPs e outros atores, estas oficinas serviram de aporte conceitual para o exercício do apoio institucional aos municípios integrantes das regiões de saúde na perspectiva da elaboração do mapa de situação de saúde regional que, em suma, serviu de instrumento basilar para a análise de situação de saúde do estado, contemplado neste Plano de Saúde.

A realização das Oficinas de Trabalho Preparatórias, com dinâmicas desenhadas para potencializar a participação, interação e a elaboração de conclusões e avaliações sucessivas, contribuíram para reforçar os pontos positivos e melhorar o processo de planejamento. O manejo das ferramentas de planejamento e a construção coletiva somaram na qualificação da equipe.

Em consonância com a lógica metodológica adotada para a construção do PES 2020-2023 os passos seguintes foram as Oficinas de Prioridades (OP) para elaboração do Plano Estadual de Saúde que teve o objetivo de definir os problemas prioritários para a elaboração das metas do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, bem como favorecer a construção do consenso técnico e político entre gestores, comunidade, técnicos, controle social, pesquisadores, na definição de problemas prioritários de saúde de forma a gerar impacto positivo na população local.

As OPs foram compostas pelos técnicos e gestores da SESAP/RN e das regiões de saúde, das Secretarias Municipais de Saúde, CONASS, CONASEMS, controle social e instituições de ensino (comunidade científica), movimentos sociais, populações específicas (tais como representantes quilombolas, indígenas, LGBT, etc.). Os técnicos e gestores da SESAP/RN presentes possuíam experiência nas áreas relativas aos problemas de saúde elencados para a oficina. Representantes da SESAP/CPCS/SUDEAPS tiveram a atribuição de orientar, coordenar e acompanhar os grupos de trabalho e todo o processo de definição de prioridades deste Plano.

A área responsável pelo acompanhamento do Plano na SESAP/RN(CPCS/SUDEAPS) foi responsável pela organização das reuniões com as áreas técnicas da Secretaria, para o levantamento dos eixos temáticos para as OPs e os problemas prioritários de saúde com abrangência Estadual por meio de discussões com as URSAPs ou SMS que foram apresentados no dia da OP.

Os eixos trabalhados nas OPs seguem descritos abaixo:

- **Eixo 1:** Fortalecimento da gestão (qualidade) do cuidado e Regulação do Acesso;
- **Eixo 2:** Operacionalização de Ações e Serviços complementares;
- **Eixo 3:** Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- **Eixo 4:** Desenvolvimento institucional e gestão estratégica participativa.

Nesse processo, inicialmente, a SESAP/RN foi responsável por definir os eixos e problemas prioritários no ambiente interno da instituição. Após essa definição, os eixos e problemas identificados foram levados às oficinas. Nesse processo, foi mensurada a relevância de cada problema no contexto situacional de saúde.

A metodologia das OPs se deu com a utilização da Matriz 1, inferida para a Identificação de Problemas de Saúde, tal identificação dos problemas se deu com base no levantamento situacional de saúde das regiões apresentados pelas URSAPs. Após esse levantamento, os problemas foram agrupados em eixos que constituiriam a Matriz 1. Esse foi um momento crucial e de grande relevância para o processo de construção das prioridades e conseqüentemente para o preenchimento posterior da Matriz 2, inferida da listagem e priorização dos Problemas de Saúde que ocorreu durante a realização das OPs. Por conseguinte, iniciou-se o processo de atribuição de notas a cada item de avaliação: magnitude, gravidade e transcendência e insuficiência do conhecimento para a solução do problema. A cada problema, os integrantes dos grupos deveriam atribuir notas que variassem de 1 a 3, para cada item de avaliação. Após a atribuição de notas, será calculada a média aritmética de cada item de avaliação, e os resultados serão somados, evidenciando a pontuação total atingida pelo problema. Ao final do processo, foram priorizados até três problemas por eixo com as melhores notas, considerando-se como linha de corte uma nota final igual ou superior a 6.3 (esse valor corresponde a 70% da nota máxima possível para cada problema de saúde), os quais foram

transferidos para a Matriz 3. A Matriz 3 foi trabalhada para a Eleição das Prioridades. Os três problemas de saúde selecionados com o auxílio da Matriz 2 foram transferidos para a Matriz 3 e definidos tomando-se por base o Plano Plurianual de Saúde, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, as Agendas Transversais ou desde que corresponda a necessidade local. Em seguida, os resultados obtidos foram explanados na Plenária Final.

Por fim foi realizada a sistematização dos eixos e linhas de pesquisa definidos nas plenárias finais para posterior publicação deste Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Como produtos das OPs deu-se origem a relatórios finais de cada Plenária, bem como um relatório final consolidado de todas as oficinas que a posteriori foram apresentados e apreciados pelo Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte (CES-RN) e Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio Grande do Norte (CIB-RN). Tais produtos servem atualmente de base para o planejamento estratégico da gestão estadual de saúde no nível central e nas regiões de saúde, conferindo gestão participativa dos atores envolvidos no processo de elaboração de ações de saúde no âmbito estadual.

4. ANÁLISE SITUACIONAL DO PES 2020-2023

Ficou instituído pela CF 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) onde considerou a saúde como um direito de todos. Nesse sentido, a saúde foi elencada entre os direitos sociais inerentes a manutenção da vida humana e a responsabilidade pelo seu financiamento é compartilhada entre as três esferas de governo, conferindo responsabilidade mútua aos entes federados no que concerne a coordenação, proteção, promoção da saúde, prevenção e reabilitação.

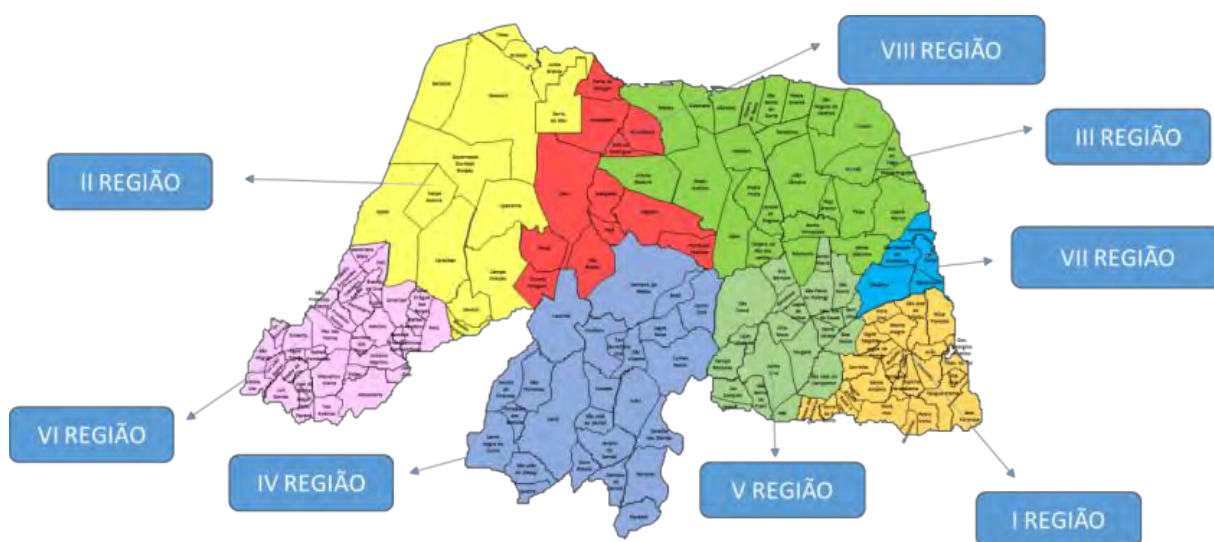
Com base nessa premissa o panorama situacional de saúde que segue possibilita entender como a gestão estadual do SUS no Rio Grande do Norte se estrutura para compatibilizar as características populacionais e epidemiológicas, bem como os fatores determinantes e condicionantes da saúde, com o perfil da oferta de ações e serviços públicos de saúde tendo em vista a ampliação do acesso qualificado e equânime.

4.1. Caracterização do Rio Grande do Norte

4.1.1. Análise Demográfica

O Estado do Rio Grande do Norte tem uma população de acordo com o censo 2010 de 3.168.027, com a projeção populacional estimada, em 2019, de 3.506.853 (IBGE), cuja densidade demográfica é de 59,99 hab/km², sendo considerado o 16º Estado do país mais populoso. O RN possui 167 municípios dos quais estão divididos em 08 Regiões de Saúde (RS) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/RN (Figura 2).

Figura 2– Estado do Rio Grande do Norte – divisão por Regiões de Saúde.



Fonte: SESAP, 2019.

A 7ª RS (Metropolitana) é composta por 05 municípios, reunindo o maior contingente populacional, concentrando 38,59% da população total do estado, enquanto que a VIII RS (Açu), composta por 12 municípios, continua sendo a menos populosa, concentrando apenas 4,52% do total, conforme apresentado na tabela 1.

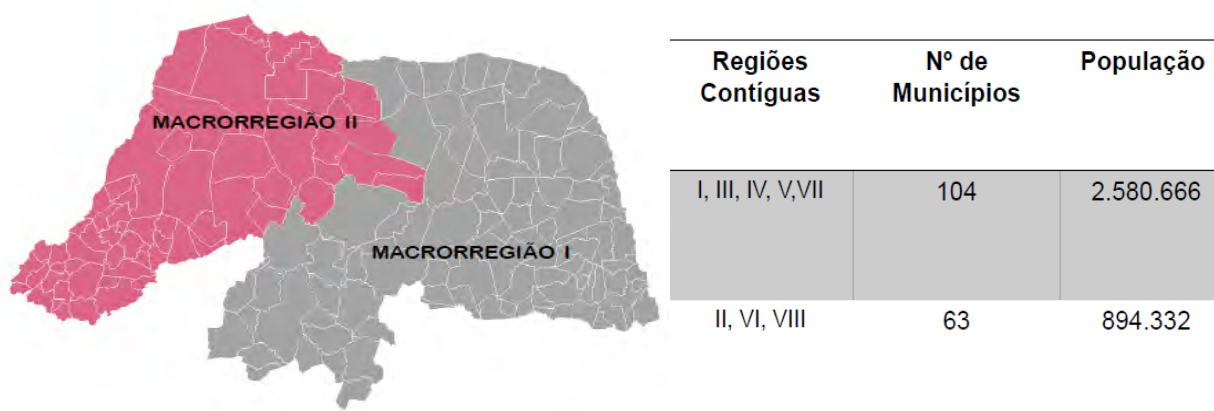
Tabela 1– Distribuição das Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte, segundo população e número de municípios – 2018.

REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO 2018	%	Nº DE MUNICÍPIOS
I	382841	11,00%	27
II	484631	13,93%	14
III	350385	10,07%	26
IV	310142	8,91%	25
V	200076	5,75%	21
VI	251188	7,22%	37
VII	1342500	38,59%	5
VIII	157246	4,52%	12
TOTAL	3479010	100%	167

Fonte: IBGE – Estimativas de população, 2019.

Em maio de 2018 foi pactuado na 278ª Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RN (conforme Deliberação nº 1463/18), duas macrorregiões para o Estado do Rio Grande do Norte, orientadas pela Resolução nº 37/2018 da Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Na conformação das macrorregiões foram obedecidos os fluxos de atendimento de alta complexidade para tratamento oncológico, terapia renal (nefrologia) e cardiologia, onde apenas a II Região (Mossoró) e a VII Região (Natal) apresentaram capacidade/densidade tecnológica e maior resolutividade, ficando estas duas referências para as regiões (Figura 3).

Figura 3– Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Norte



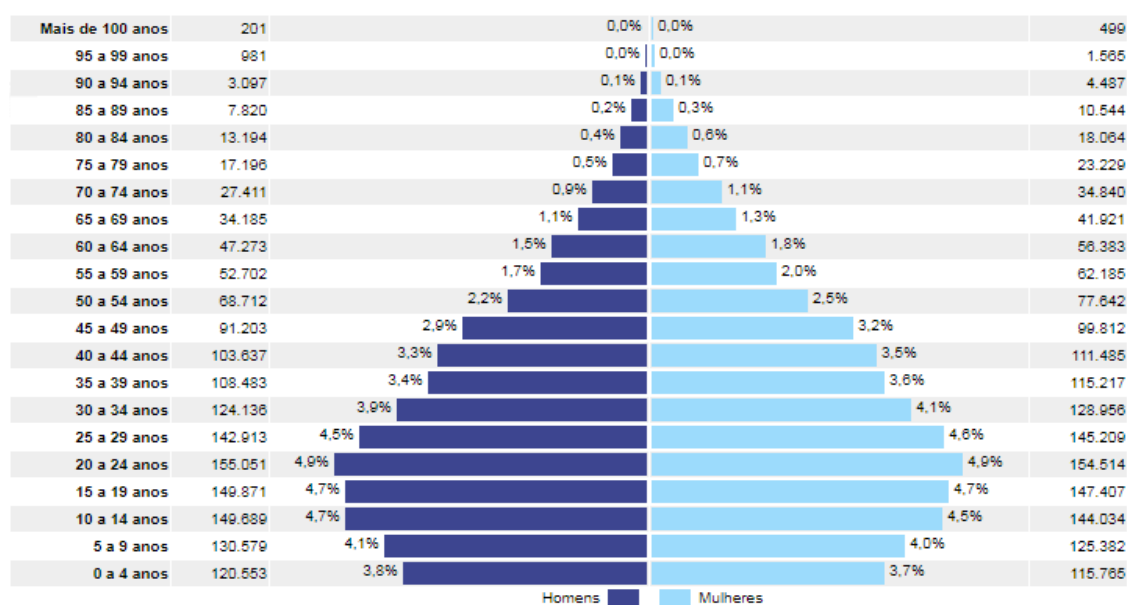
Fonte: SESAP, 2019.

Deve-se analisar estas macrorregiões que estão postas para o RN, em razão da alocação de recursos financeiros para ampliação da oferta de ações e serviços de saúde para a alta complexidade, conforme a Resolução CIT nº 37/2018, uma vez que os serviços devem ser organizados para atender a população dentro de seu limite macrorregional.

A macrorregião I, localizada estrategicamente na capital do Estado, Natal, contempla maior densidade tecnologia e oferta de serviço. A macrorregião II, localizada no município de Mossoró, dispõe de uma estrutura tecnológica um pouco menor. Para além dessas macrorregiões estabelecidas, faz-se necessário pensar se esta conformação comporta as necessidades de saúde da população, especialmente no que se refere a outras regiões que têm potencial de resolutividade, a exemplo, a Região do Seridó, com pólos fortalecidos nos municípios de Currais Novos e Caicó, na IV Região de Saúde.

De acordo com o Censo 2010 (IBGE), verifica-se que o Rio Grande do Norte apresenta uma população predominante jovem, não havendo predominância de sexo, mostrando equilíbrio entre homens e mulheres (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade, Rio Grande do Norte, 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

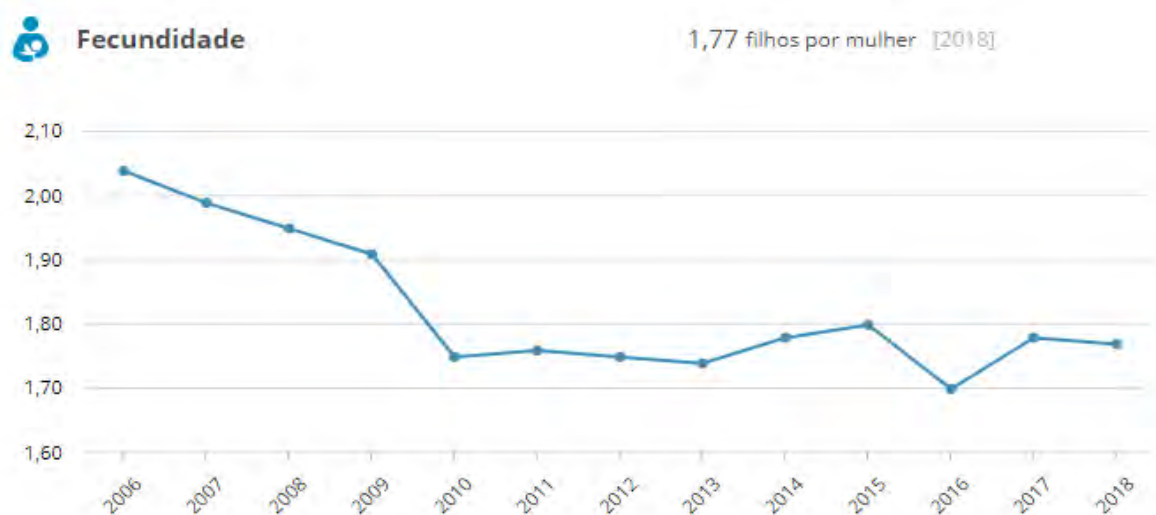
Com base nas tendências demográficas, o IBGE estima que a população do Rio Grande do Norte chegue perto de 4 milhões de habitantes em 2030, um aumento de apenas 474 mil pessoas em 17 anos de evolução futura, decorrente de uma taxa média anual de 0,78% no período.

Segundo a estimativa do IBGE, o lento crescimento da população do Rio Grande do Norte, 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.

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.

Observa-se a diminuição da taxa de fecundidade nos últimos 12 anos (Gráfico 2). Destaca-se uma queda considerável no ano de 2016 possivelmente devido a ocorrência do zika vírus. Essa tendência irá interferir nas políticas públicas que deverão se adequar a uma população cada vez mais envelhecida.

Gráfico 2– Taxa de fecundidade, Rio Grande do Norte, 2006-2018.



Fonte: IBGE, 2019.

4.1.2. Análise Socioeconômica

A Nota Técnica da Secretaria de Atenção Primária em Saúde/MS para o RN apresenta dados do PIB Per capita no valor de R\$ 11.286,99 (2011), no que se refere a população em extrema pobreza o Estado possui 11,68% (2010), e quanto a população com plano de saúde apenas 14,61% (Junho /2019).

Em 2018, segundo dados do IBGE, o rendimento mensal domiciliar per capita da população do RN é foi de R\$956,00, esse valor apresentou um aumento em relação ao ano de 2015, elevando um ponto a posição do Estado, de 16º para 15º no ranking Brasil. Entre os Estados da região nordeste o RN tem a melhor média, e o Maranhão apresenta-se em último lugar. No entanto, esse tímido crescimento ainda expressa uma significativa diferença do 1º lugar, o Distrito Federal, com média de R\$ 2460,00. O IBGE apontou em 2010 uma taxa de desemprego no RN de 9,79%, entretanto, em 2019, a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD Contínua) apresentou que 13,9% da população economicamente ativa do RN encontra-se desempregada.

O Índice de Desenvolvimento Humano, ao considerar a avaliação por macrorregiões, o Brasil 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 RegiãoNordeste. Em 2010, o Estado apresentou IDHM equivalente a 0,684, conforme a Figura 4, (IDHM Renda 0,678; IDHM Longevidade 0,792 e IDHM EDUCAÇÃO=0,597). Com apenas quatro municípios com IDHM classificado como Alto, 93 na escala Médio e 70 considerado Baixo.

Quanto à qualidade de vida, medida pelo o IDH, ou Índice de Desenvolvimento Humano é desigual no território do Rio Grande do Norte e possui 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 bastante diversificado. 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.

Figura 4 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Rio Grande do Norte, 1991-2010.



Fonte: IBGE, 2019.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para o RN em 2017 atingiu o valor de 4,5 para os anos iniciais e 3,4 para os anos finais, estando muito próximo da região Nordeste (4,9 e 3,9 respectivamente). Quando a meta Nacional corresponde ao alcance do valor equivalente a 6 (seis) até 2022 (IDEB, 2017). No tocante à taxa de analfabetismo verificou-se que 6,6% correspondem as crianças de 11 a 14 anos e 18,5% daquelas com 15 anos ou mais não são alfabetizadas.

5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE

5.1 Vigilância em Saúde

No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do RN as diferentes Vigilâncias - Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Sanitária - estão inseridas no organograma da SESAP/RN na estrutura da Coordenadoria de Promoção à Saúde – CPS, e apresentada em sua conformação a existência de núcleos que favorecem a organização dos processos de trabalho, correlacionando os grupos técnicos de acordo com as áreas de atuação afins.

5.1.1 Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei nº 8.080/90 como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Cujas finalidades são fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis pela decisão e execução de ações de controle de doenças e agravos.

Conforme Art. 9º da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.378 de 9 de julho de 2013, compete às Secretarias Estaduais de Saúde a coordenação do componente estadual dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas.

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 agravo 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.

Tem como objetivo principal fornecer orientação técnica permanente para os 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.

5.1.2. Perfil Epidemiológico

No cenário epidemiológico evidenciado no Rio Grande do Norte tem-se as doenças crônicas não transmissíveis como as principais causas de morte, em e destaque doenças do aparelho circulatório e neoplasias, assim como evidencia-se as causas externas (agressões) como uma das principais causas. Quanto ao perfil de morbimortalidade também pode-se destacar as doenças de notificação compulsória, dentre as quais as que merecem destaque no período de 2016 a 2019 correspondem a: Dengue, Zika, Chikungunya, Tuberculose, Hanseníase, AIDS, Sífilis e Leishmaniose Visceral.

Em 2019, ressaltamos a grande incidência de casos por vírus da Dengue, Chikungunya e Zika, transmitidos pelo mosquito *Aedes Aegypti*. 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.

Além disso, destaca-se a reintrodução do vírus do sarampo no território Nacional, e no Rio Grande do Norte, o qual há 19 anos não registrava ocorrência de casos. Para o efetivo bloqueio e contenção da transmissão houve necessidade de um trabalho coordenado entre vigilância em saúde e assistência, reforçando ainda mais a importância da vigilância em saúde nos municípios do Rio Grande do Norte, em articulação com a Vigilância do Estado. Ressaltamos também a introdução do vírus SARS-CoV-2 ocorrida em março de 2020 no cenário epidemiológico do Rio Grande do Norte, sendo seu enfrentamento ainda em curso em decorrência do cenário pandêmico e as proporções de contágio exponenciais que a COVID-19 vem apresentando.

5.1.2.1. Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude, correspondendo ao grupo das principais 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 20 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. 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 .

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.

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, observa-se um crescimento gradual nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio, o que pode refletir a 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 sobrevivência, 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.

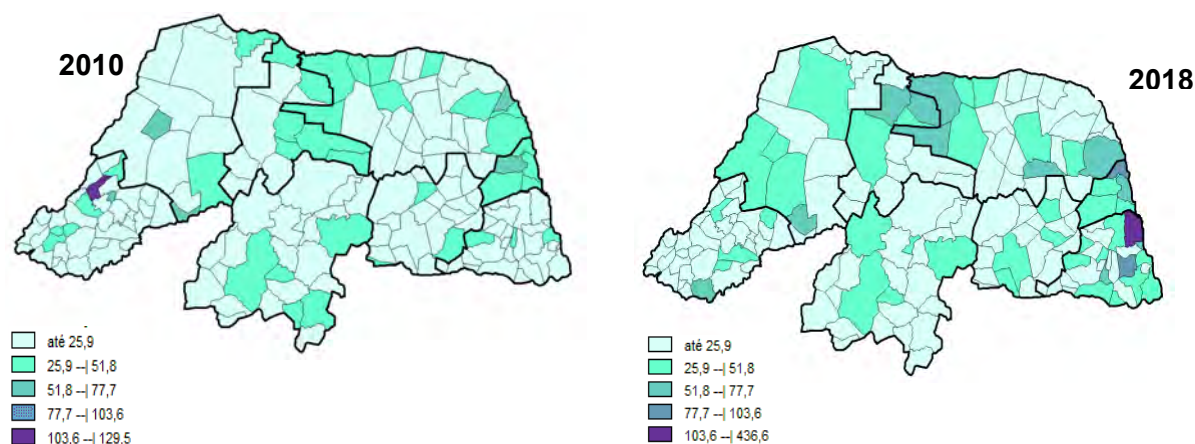
Neste sentido, destaca-se a política de rastreamento do câncer de colo do útero com base no exame de Papanicolau, do rastreamento do câncer de mama, baseada em exame clínico anual após os 40 anos de idade e em mamografia, a cada dois anos, entre os 50 e 69 anos de idade. No entanto, ainda são grandes as desigualdades de acesso nas diversas regiões do Estado, fato evidenciado pois historicamente não são atingidos os índices de cobertura de mamografias e citologias que são pactuadas.

5.1.2.2. Doenças Crônicas Transmissíveis

A) Tuberculose

A Tuberculose permanece como um grave problema de saúde pública, merecendo uma especial atenção em virtude da sua magnitude. Observa-se um aumento considerável na incidência de tuberculose nos últimos anos (Figura 5), o que nos leva à reflexão quanto às ações educativas que estão sendo realizadas e seus respectivos impactos.

Figura 5 - Incidência de tuberculose, Rio Grande do Norte, 2010 e 2018.

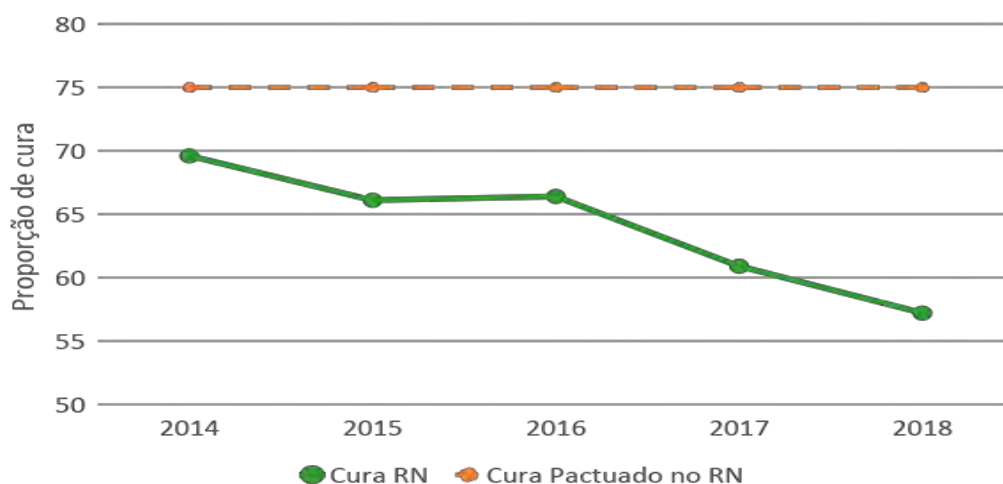


Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP-RN

Ressaltamos não somente a ocorrência de novos casos, mas principalmente os índices alcançados para cura e abandono de tratamento. O tratamento para tuberculose está disponível para todo o território Nacional, para toda a população que o necessita, de forma gratuita no Sistema Único de Saúde, e mesmo assim observa-se no RN uma queda progressiva dos índices de cura para os novos casos de tuberculose de forma alarmante.

O Ministério da Saúde indica como ideal a proporção de 85% de cura para os novos casos de tuberculose, contudo, em decorrência dos índices observados no RN busca-se ao menos atingir 75%, algo ainda não evidenciado. Considerando o tempo para finalização do tratamento, podemos afirmar que no ano de 2018 apenas 57,2% dos casos novos de tuberculose foram encerrados por cura, sendo o índice mais baixo do período analisado (Gráfico 3). Destacamos que os índices mais preocupantes na quinta região de saúde (Região de Santa Cruz), seguida da sétima região de saúde (Região Metropolitana).

Gráfico 3 - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar, Rio Grande do Norte, 2014 a 2018



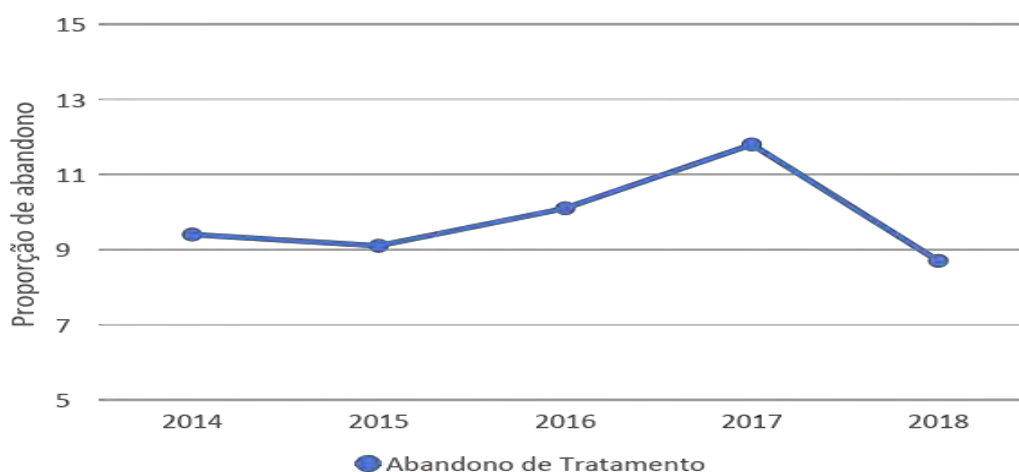
Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP-RN

Além dos baixos índices de cura, o que ainda nos chama mais atenção é a proporção de abandono do tratamento, no qual verifica-se que os valores alcançados em 2018 são os mais significativos do período analisado (Gráfico 4),

correspondendo a 8,7%, ou seja, o melhor índice alcançado, contudo ainda não corresponde ao indicado pelo Ministério da Saúde, que deve ser abaixo de 5%.

Tal fato nos indica a necessidade de intensificação e ajuste nos processos de trabalho desenvolvidos na atenção básica, de modo que a qualidade da assistência ofertada aos pacientes que precisam realizar o tratamento por tuberculose precisasse ser analisada e ajustada, para que possamos observar alteração no cenário da tuberculose no Rio Grande do Norte, garantindo o tratamento supervisionado. O abandono do tratamento irá refletir diretamente nos casos de tuberculose multirresistentes, bem como tem impacto direto na ocorrência de novos casos.

Gráfico 4 - Proporção de abandono de tratamento em casos novos de tuberculose pulmonar, Rio Grande do Norte, 2014 a 2018



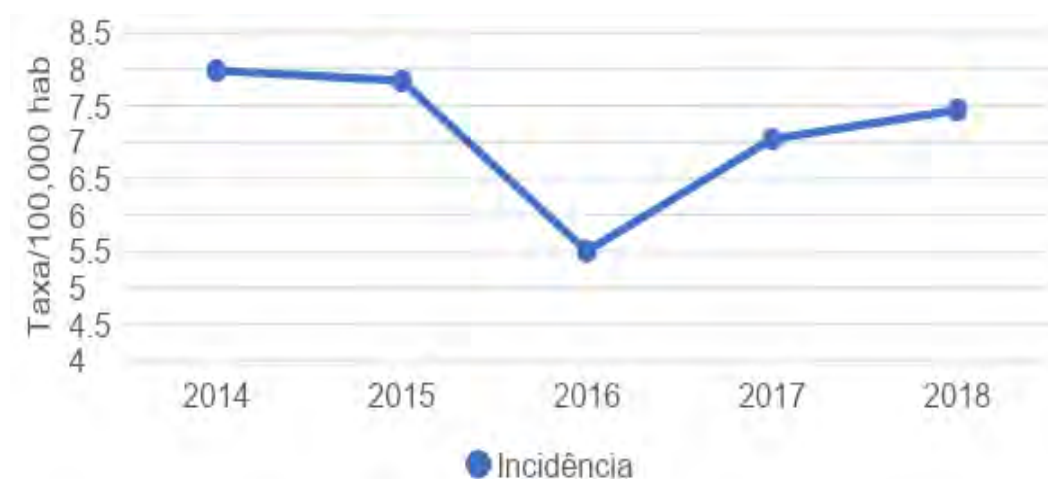
Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP-RN

Diante do exposto, ainda é possível inferir que a qualificação dos processos de vigilância em saúde precisa ocorrer, de forma integrada com a atenção primária, pois por mais que tenha sido observado um percentual inferior de abandono, ainda há poucos casos encerrados por cura, havendo necessidade de investigação e acompanhamento dos demais pacientes para que possamos observar maior qualidade nos dados produzidos.

B) Hanseníase

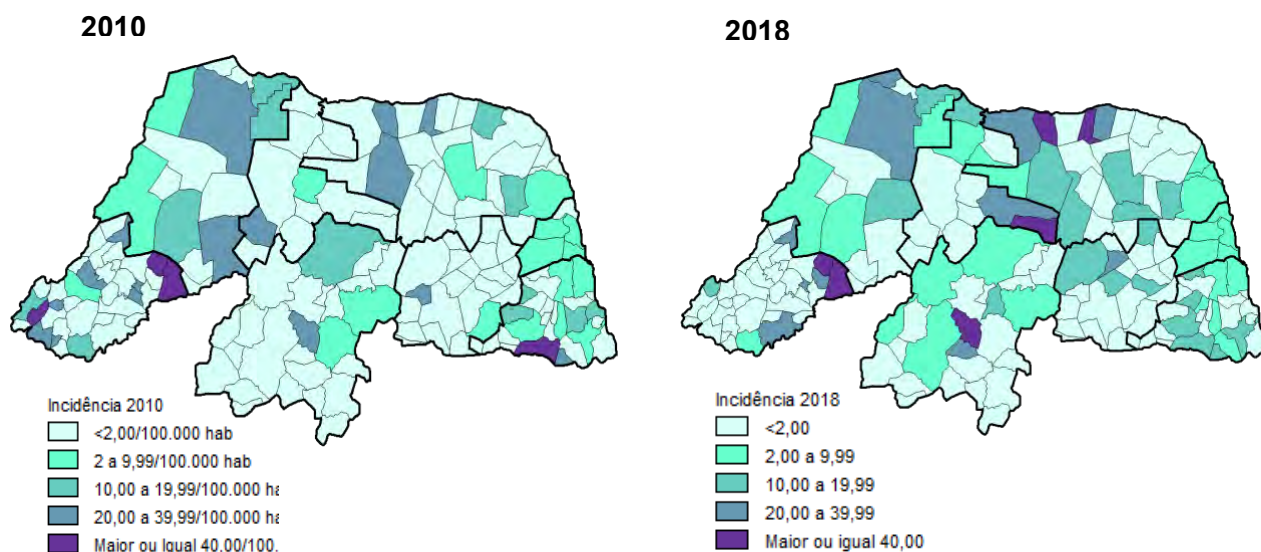
O coeficiente de detecção da Hanseníase no indica uma média endemidade, apresentando incidência de 7,44 por 100.000 habitantes no ano de 2018. Quanto à ocorrência por região de saúde, a região que apresenta incidência consideravelmente superior às demais regiões de saúde é a segunda região (Região de Mossoró), mesmo que ao longo do período analisado venha apresentando progressiva redução.

Gráfico 5 - Incidência de hanseníase, Rio Grande do Norte, 2014 a 2018.



Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP

Figura 6 - Incidência de hanseníase, Rio Grande do Norte, 2010 e 2018

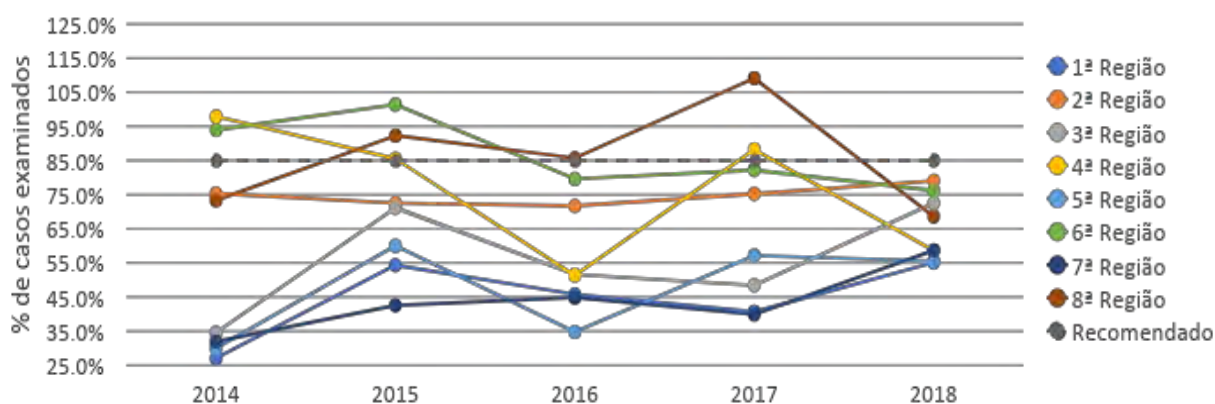


Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP-RN

Assim como para tuberculose, o tratamento de hanseníase está disponível em todo o território do RN. Observa-se que para hanseníase os percentuais de cura apresentam-se satisfatórios, podendo em 2018 ser considerado ideal, atingindo 87,30% de cura, sendo a quinta região de saúde (Região de Santa Cruz) e a oitava (Região de Açú) as que apresentaram os melhores resultados no ano de 2018.

Recomenda-se que dentre os casos novos de hanseníase 85% dos contatos sejam examinados, e o Rio Grande do Norte até o momento não ultrapassou 67,7% dos contatos examinados. A quinta região de saúde, embora apresente valores satisfatórios para cura é a região que apresenta a menor proporção de contatos examinados, seguida da primeira região de saúde (Região de São José do Mipibu) e sétima região de saúde.

Gráfico 6 - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase por região de saúde, Rio Grande do Norte, 2014 a 2018.

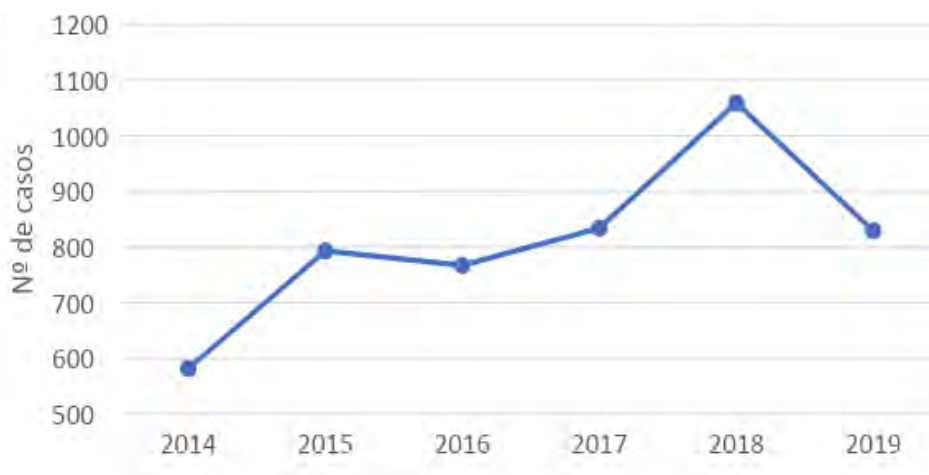


Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP-RN

C) AIDS

Observa-se no Rio Grande do Norte o aumento progressivo na taxa de detecção de infecção pelo vírus HIV até o ano de 2018, os dados apresentados do ano de 2019 ainda são dados parciais, atingindo 30,4 casos por 100.000 habitantes, consideravelmente superior aos 17,1 casos por 100.000 habitantes detectados no ano de 2014 (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Casos de infecção pelo HIV , Rio Grande do Norte, 2014 a 2019*.



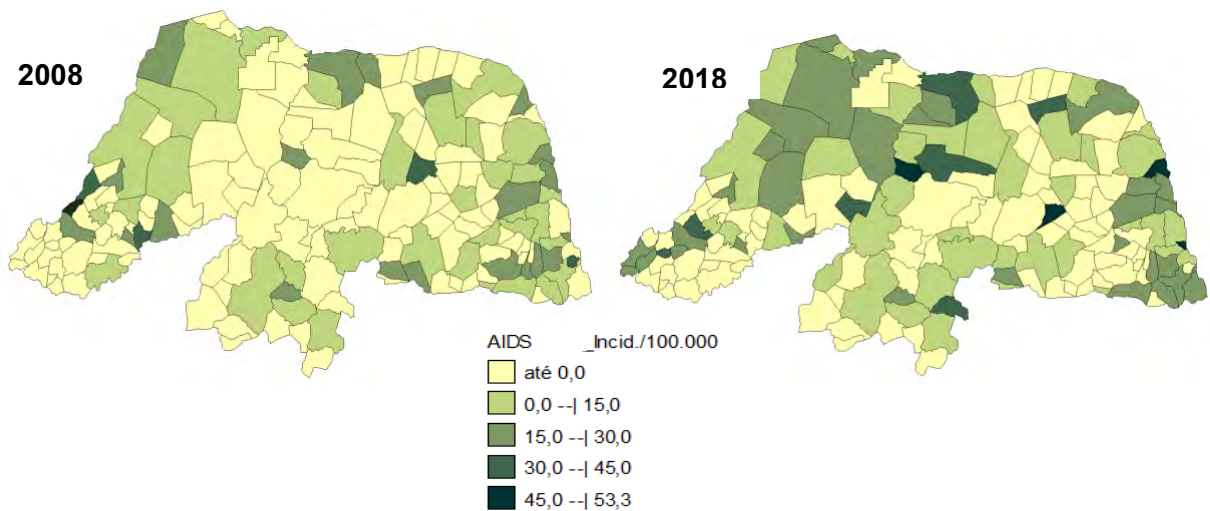
Fonte: IBGE; SIMC; SICLOM, SINAN, SIM/SUVIGE/CPS/SESAP-RN

Crescente também observada nos casos de gestantes, com incidência em 2018 de 2,4 casos por 100.000 habitantes, quando que em 2008 eram apenas 0,8 casos por 100.000 habitantes. Um importante destaque, especificamente para os casos de gestantes detectadas com HIV é que há predominância na faixa etária dos 20 a 29 anos (56%), sendo em 2018 a maior parte dos casos identificados no terceiro trimestre gestacional (43,9%).

Ressaltamos que apenas 89,5% dessas gestantes fizeram pré-natal, das quais apenas 71% ano de 2018 fizeram uso dos antirretrovirais, tal fato nos releva a importância da conduta na atenção básica ser avaliada e ajustada, sendo o pré-natal fundamental para a qualidade da saúde da mulher e do feto.

Nesta perspectiva, podemos inferir que a incidência dos casos de AIDS também vem apresentando gradativo aumento no RN. Sendo em 2018 os maiores índices observados (Figura 7) na sétima região de saúde (25,1 casos por 100.000 habitantes), oitava (21,6 casos por 100.000 habitantes e segunda região de saúde (20,6casos por 100.000 habitantes).Destacamos também o aumento do número de casos de AIDS em crianças menores de 5 anos, onde evidencia-se em 2018 a ocorrência de 9 casos.

Figura 7– Incidência de AIDS, Rio Grande do Norte, 2008 e 2018.

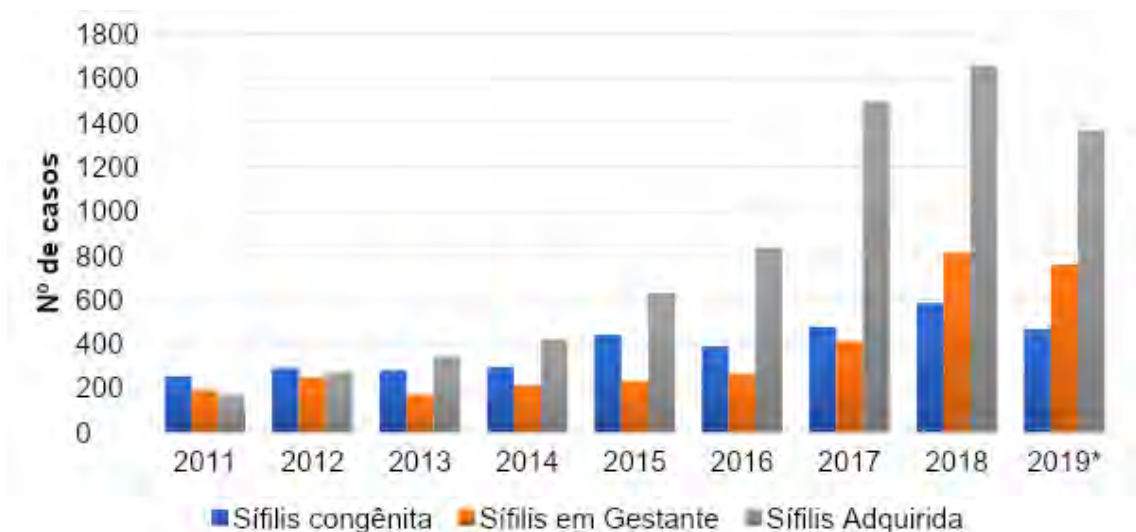


Fonte: IBGE; SIMC; SICLOM, SINAN, SIM/SUVIGE/CPS/SESAP-RN

D) Sífilis

Sabe-se que há uma epidemia Nacional de Sífilis, e no Estado do RN também observa-se o crescimento considerável dos casos de sífilis adquirida (Gráfico 8), em 2018 totalizando 1660 casos, um aumento de 99,04% em relação ao ano de 2016. Dos casos de sífilis adquirida verifica-se que a maior ocorrência está concentrada no sexo masculino, na faixa etária dos 15 aos 29 anos.

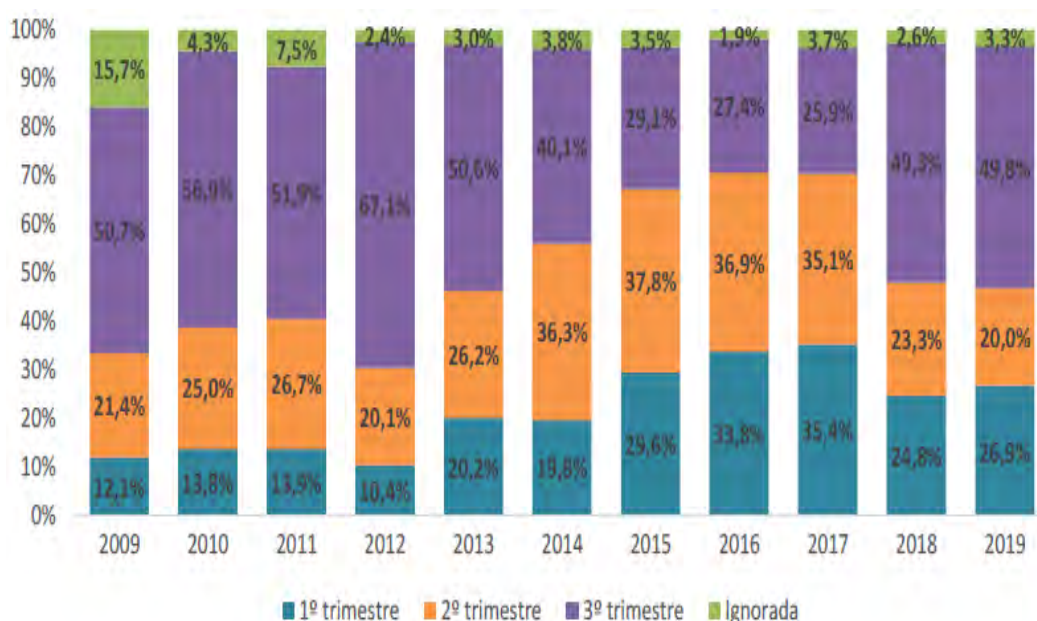
Gráfico 8 - Casos confirmados de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, Rio Grande do Norte, 2011 a 2019*



Fonte: SINAN, SIM/SUVIGE/CPS/SESAP-RN*Dados sujeitos a alterações

Também observa-se aumento nos número de casos de sífilis em gestantes (17,4 casos por 100.000 habitantes em 2018) e sífilis congênita. Assim como os casos detectados de infecção pelo HIV, os casos de sífilis gestante concentram-se entre mulheres de 20 a 29 anos (51%), sendo detectada no terceiro trimestre gestacional (49%).

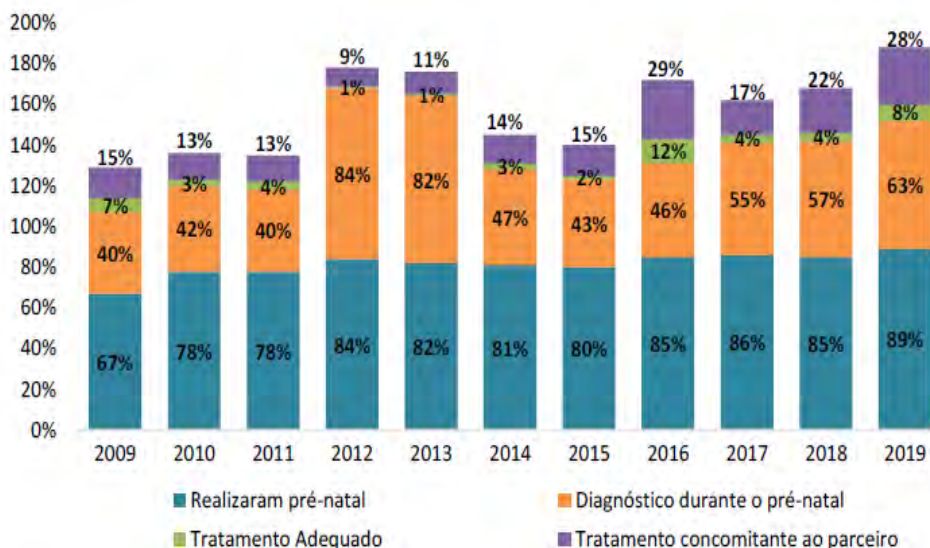
Gráfico 9- Distribuição percentual de caso de sífilis em gestante segundo idade gestacional no momento do diagnóstico e ano de notificação. Rio Grande do Norte, 2009 a 2019.



Fonte: SINAN Net, 2019.

Conforme dados do pré-natal de 2018, 85% dessas gestantes realizaram o pré-natal, contudo apenas 57% receberam diagnóstico neste período e apenas 22% realizaram tratamento concomitante ao parceiro.

Gráfico 10 – Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segunda realização do pré-natal, diagnóstico durante o pré-natal, tratamento adequado da mãe, tratamento concomitante ao parceiro e ano de notificação. Rio Grande do Norte, 2009 a 2019.



Fonte: SINAN Net/SIM, 2019.

Ressaltamos também a crescente taxa de mortalidade por sífilis congênita, sendo os dados do RN em 2018 superiores à média nordeste e Brasil. Estes dados reforçam a necessidade de reorganização e qualificação da assistência durante o pré-natal, na atenção básica, assim como nas ações destinadas à saúde do homem.

O tratamento para sífilis está disponível através do Sistema Único de Saúde, ainda verifica-se que o número de tratamentos realizados deveria ser superior ao evidenciado, uma vez que os dados epidemiológicos continuam destacando o aumento dos casos de sífilis. Para que seja observada a mudança no cenário atual, as ações voltadas à saúde do homem na atenção básica devem ser intensificadas, assim como há a necessidade de compreensão por parte dos gestores municipais e equipes de saúde da necessidade do tratamento ser descentralizado para as unidades básicas de saúde, visto que apenas cerca de 61% dos municípios do Rio Grande do Norte apresentam o tratamento para sífilis descentralizados em 100% de suas Unidades Básicas de Saúde.

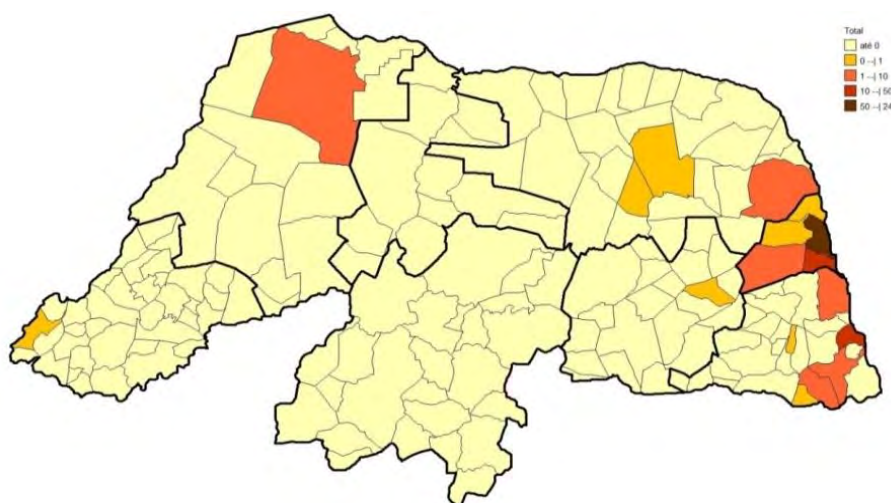
5.1.2.3. Agravos de notificação compulsória envolvendo animais (vetores e reservatórios)

Para a realização da vigilância de agravos envolvendo animais uma importante estratégia a ser utilizada é a vigilância de epizootias, pois tem a possibilidade de detectar precocemente a circulação de um patógeno na população animal e então determinar ações de proteção para a população humana.

Dentre as espécies animais monitoradas pela vigilância de epizootias no RN, recebe destaque os primatas não humanos (PNH), principalmente os saguis (*Callithrix jacchus*). Além de estarem presentes em áreas urbanas com proximidades de áreas de mata (como parques, praças e terrenos com vegetação nativa), muitas vezes são criados como animais de estimação, prática que configura crime ambiental além de representar grande risco à saúde humana. Os PNH são considerados sentinelas para a vigilância da febre amarela e em se tratando de uma área como o RN, sem recomendação de vacina, a notificação e investigação da morte destes animais é extremamente importante.

No período de 2010 a outubro de 2019 o RN registrou 312 epizootias em PNH, sendo que 72,5% são do município de Natal. A maior parte das ocorrências está concentrada na 7ª região, conforme mostra a figura 8. A 4ª e 8ª região ainda estão silenciosas para a notificação deste agravo, o que denota a necessidade de sensibilização da rede de saúde nestas áreas.

Figura 8 – Distribuição espacial das notificações de epizootias em PNH no RN no período de 2010 a outubro de 2019 (dados sujeitos a alteração).



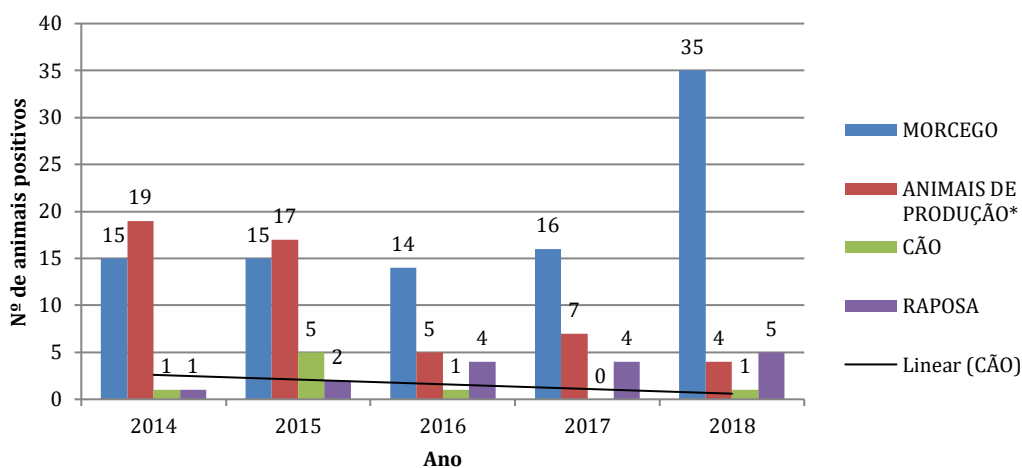
Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP.

Ressaltamos que entre os agravos de notificação compulsória no RN envolvendo animais, que atuam como vetores de doenças e transmissores de zoonoses, destacam-se as arboviroses (dengue, zika, chikungunya e febre amarela), leishmanioses, raiva, esporotricose, esquistossomose, doença de Chagas e acidentes por animais peçonhentos.

A) Raiva

O último caso de raiva humana registrado no RN foi em 2010 no município de Frutuoso Gomes/RN, sendo o animal transmissor da doença um morcego. Desde esse período o RN tem intensificado as ações de vigilância relacionadas a esta espécie animal, com incremento no número de morcegos positivos no estado. No período de 2014 a 2018 foram registrados laboratorialmente 171 animais positivos, sendo que 55,6% são morcegos, conforme Gráfico 11.

Gráfico 11 – Série histórica dos casos de raiva animal no RN no período de 2014 a 2018.



Fonte: SUVAM/CPS/SESAP-RN. * bovinos, equinos, suínos, ovinos.

Em 2019 o RN já registra o maior número de animais positivos de toda sua série histórica desde 2005. Já são 84 animais positivos, sendo 74 morcegos, 5 raposas, 2 cães, 2 bovinos e 1 equino distribuídos em 28 municípios.

Figura 9 – Distribuição espacial dos casos de raiva animal em 2019 (até 13 de dezembro de 2019) no Rio Grande do Norte.



Fonte: SUVAM/CPS/SESAP-RN.

A principal medida de prevenção dos casos de raiva humana é o atendimento antirrábico em tempo oportuno após a agressão por animal de qualquer espécie, além da manutenção de altas coberturas vacinais para cães e gatos nas campanhas anuais e na rotina. Desde 2019, o Brasil vem passando por uma crise na distribuição de imunobiológicos que afeta a disponibilidade do soro antirrábico, o que aumenta o risco de ocorrência de casos de raiva humana, especialmente diante do cenário do RN com tantos animais positivos para a doença.

Quanto ao número de atendimentos antirrábicos, o RN registrou no período de 2014 a 2018 uma média de 9.378 atendimentos/ano. O cão é a principal espécie agressora no RN, responsável por 65,3% dos atendimentos antirrábicos, seguido pelo gato, 26,6%. Raposas, primatas e morcegos representam 3,1% dos atendimentos. Nas agressões por animais silvestres (morcegos, saguis, raposas e outros) é necessário o esquema completo de soro e quatro doses de vacina, segundo as novas recomendações do Ministério da Saúde.

Quanto ao controle da raiva animal, observa-se o RN mantém uma boa cobertura vacinal para cães e gatos, em alguns anos acima de 80%, refletindo em uma redução do número de casos nesses animais e um aumento nos casos referentes aos animais silvestres. Essa mudança no perfil epidemiológico da doença,

onde o ciclo silvestre se sobrepõe ao ciclo urbano, é creditada também a uma maior sensibilidade da vigilância para o envio de amostras de animais silvestres suspeitos.

B) Esporotricose

A esporotricose é uma doença fúngica emergente no RN e por isso se tornou de notificação compulsória no estado desde 2017. Historicamente os poucos casos no Brasil estavam associados a injúrias na pele através do contato com o solo, ocasionando a transmissão do fungo *Sporothrix spp.* Nas últimas décadas houve uma mudança no perfil epidemiológico da doença, sendo atualmente o gato o principal reservatório e transmissor da doença aos seres humanos.

A SESAP desde 2016 tem trabalhado para implantar a vigilância desta doença no estado. No período de 2016 a outubro de 2019 foram registrados 109 casos humanos em sete municípios da 1ª, 3ª e 7ª região. A 7ª região representa 94,5% do total dos casos humanos. Esta concentração de casos se deu em função da facilidade ao acesso ao diagnóstico laboratorial e ao trabalho de sensibilização da rede de saúde realizado nesta região desde 2016.

Tabela 2 – Distribuição de casos de esporotricose humana no período de 2016 a outubro de 2019.

MUNICÍPIO	2016	2017	2018	2019*	TOTAL
Natal	4	12	36	33	85
Parnamirim	0	2	0	9	11
S. Gonçalo do Amarante	0	0	2	3	5
Caiçara do Norte	0	0	0	1	1
Extremoz	0	0	0	2	2
Ielmo Marinho	0	0	0	1	1
Santo Antônio	0	0	1	0	1
Sem indentificação	0	0	2	1	3
TOTAL	4	14	41	50	109

Fonte: Ambulatório de Micologia HGT/UFRN. *até 30/10/2019

Quanto aos casos de esporotricose animal, o RN registra no período de 2016 a agosto de 2019 129 casos felinos em três municípios diagnosticados por meio de cultura fúngica

Tabela 3 – Distribuição de casos de esporotricose animal no período de 2016 a agosto de 2019.

MUNICÍPIO	2016	2017	2018	2019*	TOTAL
Natal	4	26	31	45	106
S.Gonçalo do Amarante	2	1	2	3	8
Parnamirim	0	5	7	3	15
TOTAL	6	32	40	51	129

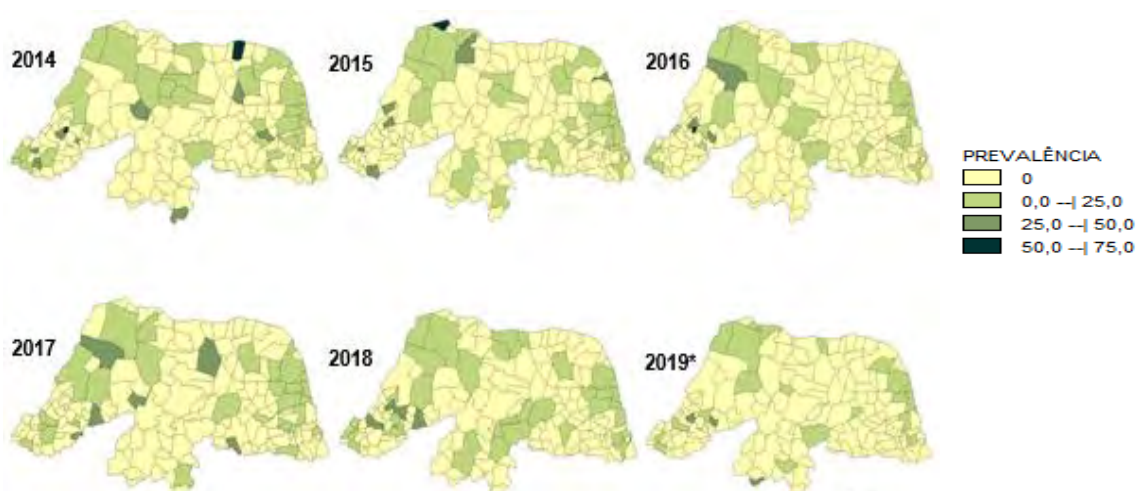
Fonte: IMT/UFRN e SUVAM/CPS/SESAP-RN. *até 16/08/2019*

Com a implantação do diagnóstico laboratorial no LACEN-RN em 2020 espera-se que ocorra uma expansão da vigilância dos casos da doença para o restante do estado, especialmente animais. Atualmente o estado tem uma demanda reprimida em função da inexistência de um laboratório de referência para o diagnóstico animal, sendo os números de casos registrados subestimados.

C) Leishmaniose Visceral

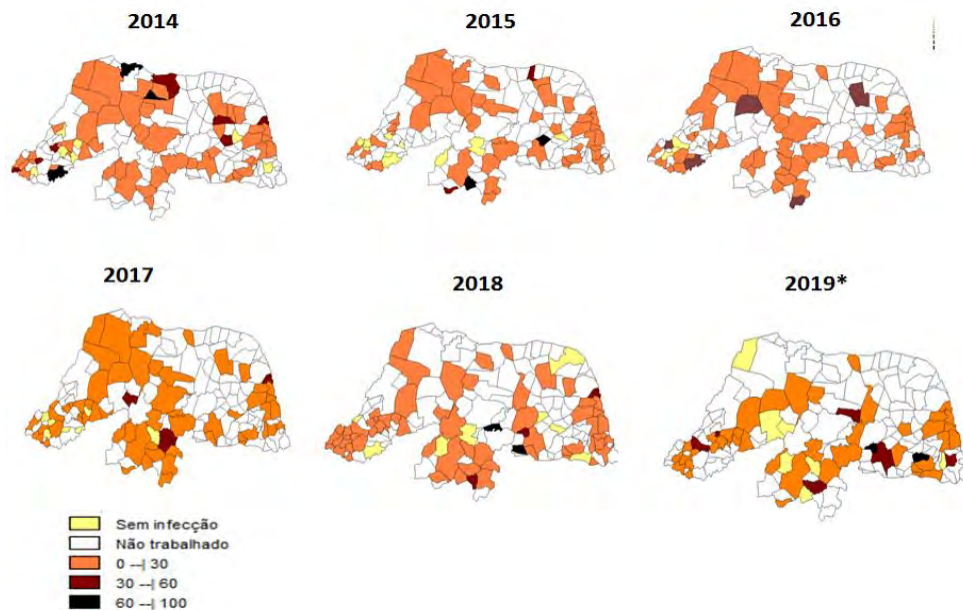
Observa-se a redução da prevalência da leishmaniose visceral em humanos no RN, de 2014 a 2019 (Figura 10), contudo a taxa de infecção de leishmaniose canina não segue este mesmo padrão (Figura 11).

Figura 10- Prevalência de leishmaniose visceral, Rio Grande do Norte, 2014 a 2019*



Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP-RN *Dados sujeitos à alterações.

Figura 11– Taxa de infecção de leishmaniose visceral canina, Rio Grande do Norte, 2014 a 2019*



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP-RN

Sabe-se que os casos de leishmaniose visceral em animais precedem a ocorrência de casos humanos, sendo assim, há a necessidade de serem redobrados os cuidados principalmente na sexta região de saúde (Região de Pau dos Ferros), quarta (Região de Caicó) e quinta (Região de Santa Cruz), uma vez que observa-se a presença do vetor, mosquito *lu longipalpis*, no território do Rio Grande do Norte (Figura 12).

Figura 12 - Infestação do vetor *lu longipalpis* nos municípios pesquisados, Rio Grande do Norte, 2014 a 2019*



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP-RN. *Dados sujeitos à alterações

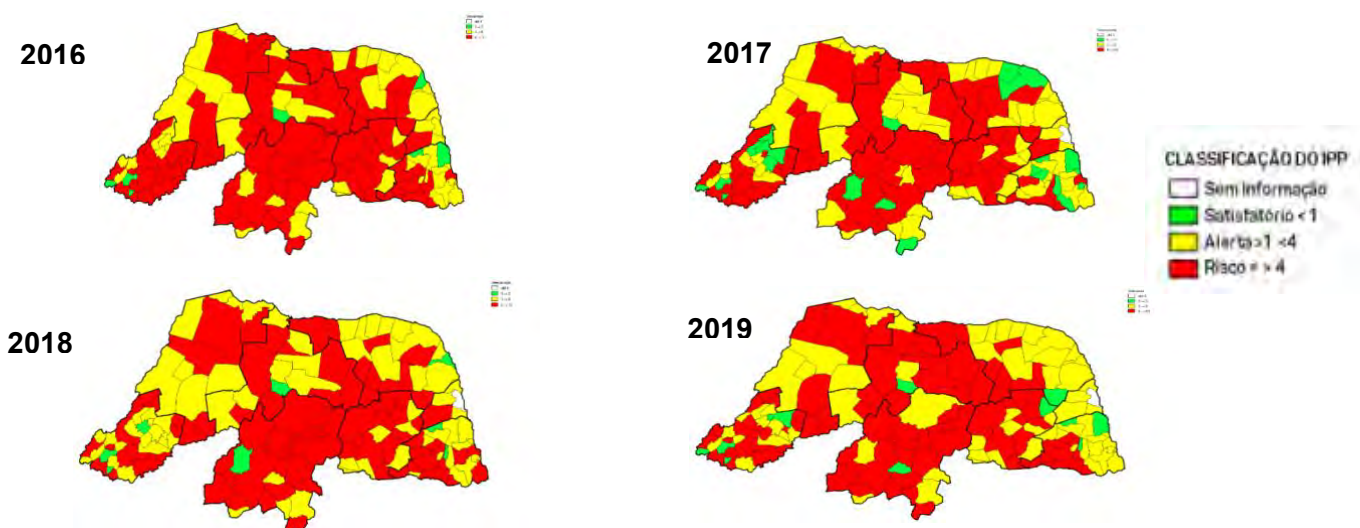
D) Arboviroses

Nota-se no Rio Grande do Norte elevadas incidências de arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya), sendo o Estado destaque Nacional para a incidência de casos notificados. Contudo observa-se que a proporção de encerramentos dos casos ainda não segue o mesmo parâmetro de notificação, o que nos revela a importância da intensificação das ações de vigilância pelas suas equipes e na assistência também.

Além disso, observa-se a partir das medidas de controle vetorial, controle do mosquito *Aedes Aegypti*, grande densidade vetorial em praticamente todos os municípios do RN ao longo de todo o período analisado (Figura 13), o que reforça não somente a necessidade de intensificação do processo de notificação, correto manejo clínico dos pacientes acometidos, mas principalmente medidas preventivas para a não ocorrência dos casos, as quais devem ocorrer ao longo de todo o ano.

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.

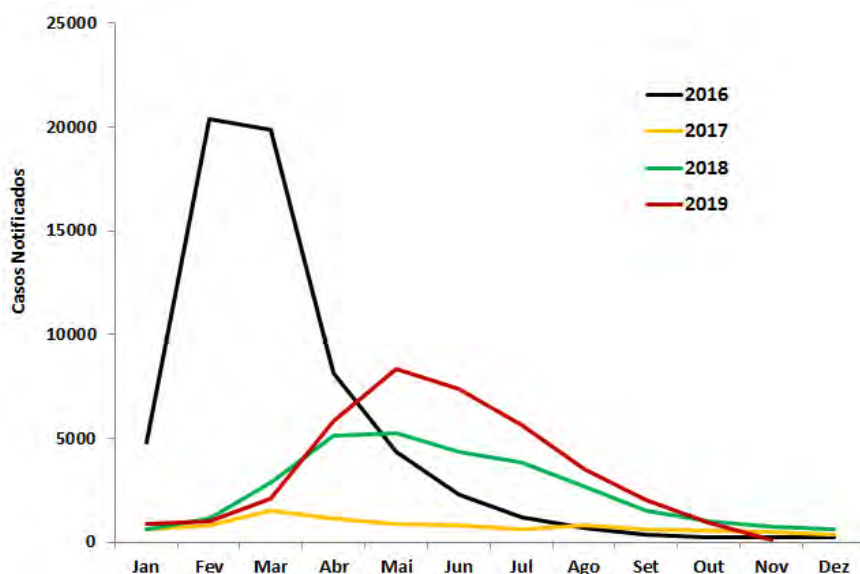
Figura 13- Média da classificação anual dos municípios, segundo os Índices de Infestação Predial do vetor *Aedes Aegypti*, Rio Grande do Norte, 2016 a 2019.



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP

A dengue registrou elevadas taxas de incidências, em 2019 registrando 1.122,62 casos por 100.000 habitantes, 2018 apresentou 857,74 casos por 100.000 habitantes, logo é evidente o aumento considerável das notificações para este agravo de 2018 para 2019, contudo o ano de 2016 ainda foi o que registrou o maior número de ocorrência de casos, com a incidência de 1.821,87 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 12), contudo até o momento só observa-se a confirmação de 27,63% dos casos notificados em 2019, o que reforça a necessidade de intensificação das atividades de busca ativa e investigação epidemiológica não somente para a notificação de novos casos, mas para realização de fechamentos por vínculo epidemiológico, como também trazer maior qualidade à vigilância laboratorial com a realização do exame de isolamento viral, considerado padrão ouro, mas que exige que o paciente o realize até o quinto dia do início dos sinais e sintomas.

Gráfico 12 - Casos notificados de Dengue, Rio Grande do Norte, 2016 a 2019*

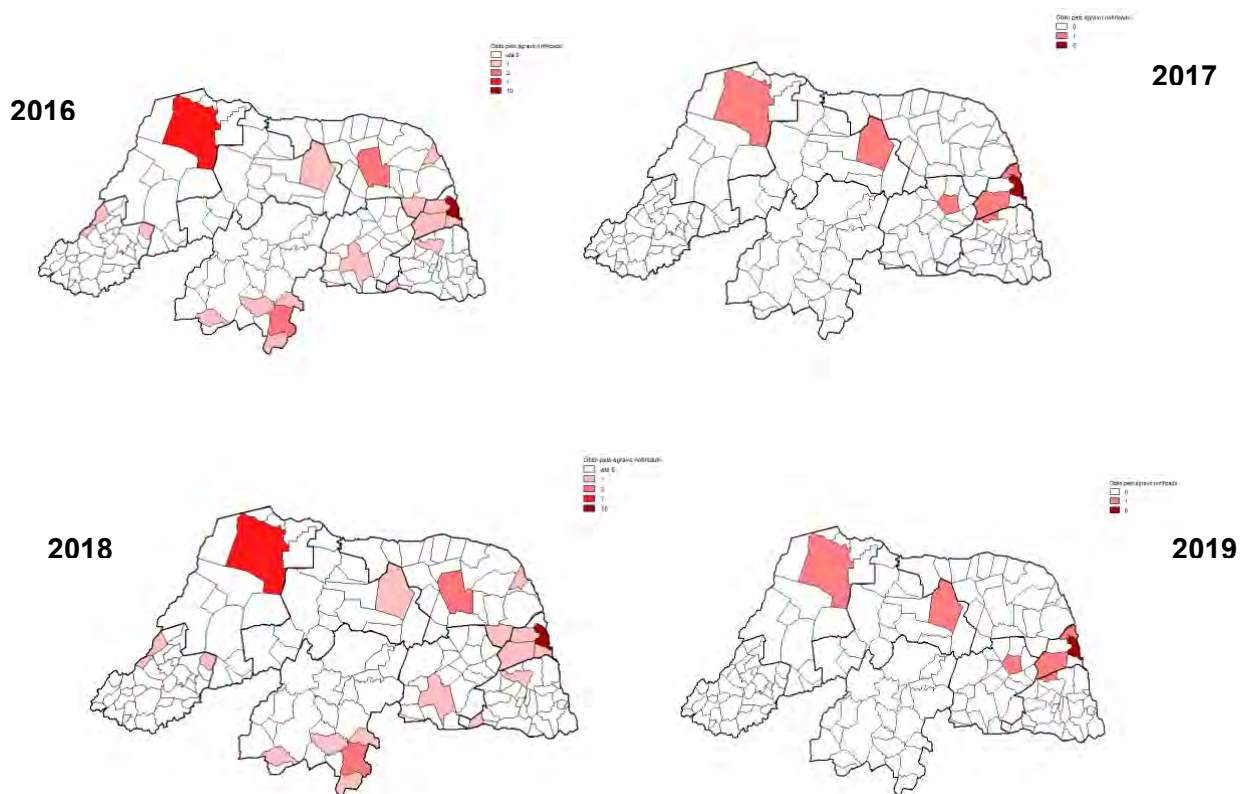


Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP-RN. *Dados sujeitos à alterações

Quanto aos óbitos por dengue, observa-se que em comparação ao ano de 2016, ano com maior incidência de dengue no período analisado, também foi o ano com o maior registro de óbitos confirmados por dengue, ocorrendo diminuição nos casos de óbitos confirmados por dengue neste período analisado. Observa-se na distribuição dos óbitos por região de saúde (Figura 14) a ocorrência frequente na

sétima região de saúde (Região metropolitana), quarta (Região de Caicó), sexta (Região de Pau dos Ferros) e segunda (Região de Mossoró).

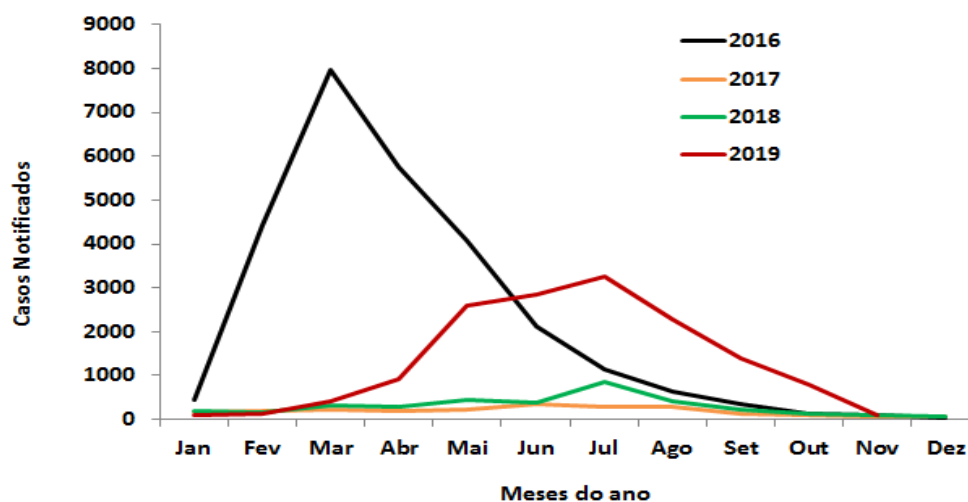
Figura 14 -Distribuição dos óbitos por Dengue, Rio Grande do Norte 2016 a 2019*



Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP-RN. *Dados sujeitos à alterações

A Chikungunya foi notificada pela primeira vez no estado no ano de 2014, onde se registrou 47 casos no SINAN, porém, sem confirmação laboratorial. A doença está dispersa em todo o Estado, observa-se que os anos de 2016 e 2019 foram os anos que registraram as maiores incidências (Gráfico 13), respectivamente com 30,40% e 40,96% de confirmação dos casos, destacando-se no ano de 2019 a ocorrência de casos na região metropolitana.

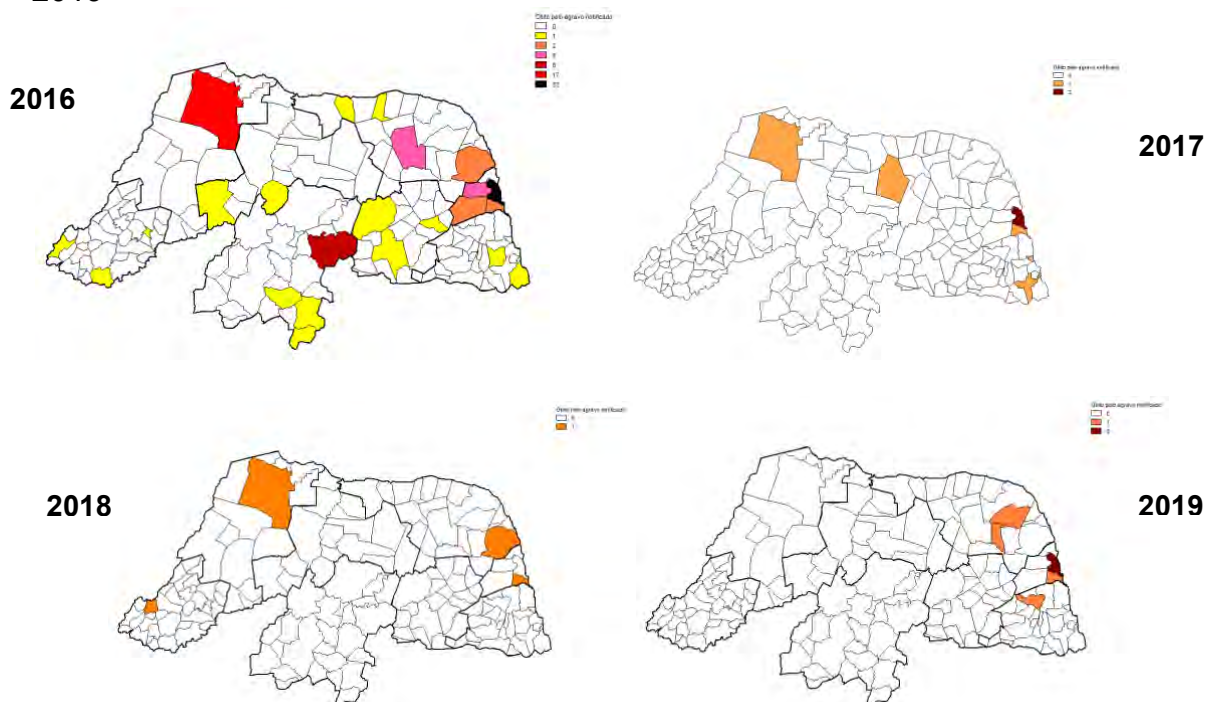
Gráfico 13 - Casos notificados de Chikungunya, Rio Grande do Norte, 2016 a 2019*



Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP-RN. *Dados sujeitos à alterações

Os óbitos confirmados por Chikungunya (Figura 15), no período analisado, apresentam-se frequentemente distribuídos na sétima região de saúde (Região Metropolitana), terceira (Região de João Câmara) e segunda (Região de Mossoró).

Figura 15 - Distribuição dos óbitos por Chikungunya, Rio Grande do Norte 2016 a 2019*



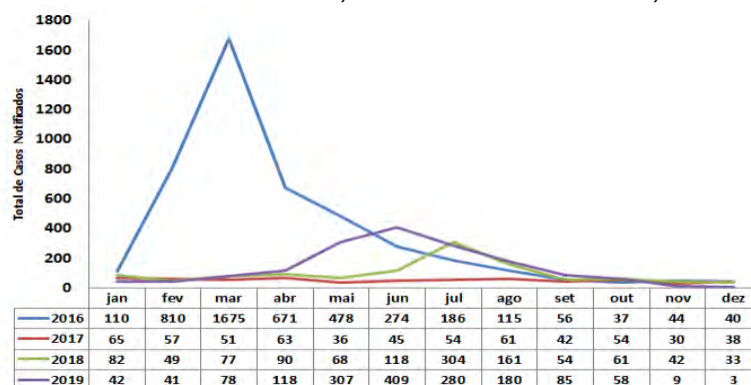
Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP-RN. *Dados sujeitos à alterações

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 RTPCR, 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. Observou-se o aumento progressivo das notificações por Zika de 2014 a 2015, seguindo com uma redução importante no número de notificações de Zika nas semanas epidemiológicas seguintes.

O cenário epidemiológico para Zika no Estado do Rio Grande do Norte nos anos de 2016 a 2019 não difere das demais arboviroses, também apresentando os anos de 2016 e 2019 como os anos mais incidentes (Gráfico 14), com 3,43% e 6,50% de confirmação dos casos, que nos mostra que em 2019 houve maior circulação viral do que no ano de 2016, embora que dentre os 1246 casos prováveis de Zika notificados, apenas 81 confirmados e 397 descartados, nos revela a necessidade de intensificação das ações de vigilância em saúde nos municípios para melhoria da qualidade das informações, por meio do encerramento dos casos.

Gráfico 14 - Casos notificados de Zika, Rio Grande do Norte, 2016 a 2019*



Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP-RN. *Dados sujeitos à alterações

Ressaltamos que dos casos confirmados de Zika em 2019, foi possível observar a confirmação dos casos através da técnica de RT-PCR, isolamento viral, em todas as regiões do Estado, observando ainda a confirmação de 09 casos de Zika em gestantes, correspondendo à 16,66% de confirmação dentre os casos prováveis.

E) Doença de Chagas

A doença de Chagas é uma infecção humana causada por um protozoário denominado *Trypanosoma Cruzi*, que apresenta curso clínico bifásico, com uma fase aguda que pode ou não ser identificada e à evolução para as formas crônicas, se não for tratada com medicamento específico. A transmissão do *T. Cruzi* para o ser humano pode ocorrer por diversas formas: Via vetorial; Via transfusional/transplante; Via vertical; Via oral e Via acidental.

Em 2014 foi publicado o primeiro estudo com revisão sistemática e metanálise para estimativa da prevalência da doença de Chagas no Brasil, o II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas⁴. A partir deste e de outros estudos, as estimativas mais recentes no Brasil relativas ao número de pessoas infectadas por *T. cruzi* variam de 1,9 milhão a 4,6 milhões de pessoas, provavelmente mais próximo atualmente à variação de 1,0 a 2,4% da população.

No Rio Grande do Norte, o Programa de Controle da Doença de Chagas funciona nos 167 municípios, sendo que, a maior concentração dos casos ocorreu nas regiões de Mossoró, Caicó, Pau dos Ferros, Assú e Metropolitana, sendo que os casos da Metropolitana são importados de outras regiões do Estado. Sendo considerado, para fins de vigilância do referido agravo, o cinturão chagássico do estado a 2^a, 6^a e 4^a região de saúde (Figura 16), ou seja, são regiões onde a doença de chagas já se apresenta em caráter endêmico, devendo ser realizada vigilância ativa e permanente.

Figura 16 – Cinturão chagássico, Rio Grande do Norte, 2019.



Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP, 2019.

Os desafios impostos para o controle dessa doença foram e continuam imensos, persistindo como um problema de saúde pública para a população brasileira e mundial. A OMS estima em aproximadamente 6 a 7 milhões o número de pessoas infectadas em todo o mundo.

Nesta perspectiva destacamos que a ocorrência de casos agudos da doença de chagas não foram registrados, contudo há a necessidade de serem intensificadas as ações de sensibilização dos profissionais de saúde para os possíveis sinais e sintomas de casos agudos principalmente nas regiões de saúde endêmicas para a ocorrência de casos, visto que atualmente os registro que temos são de casos crônicos.

Tabela 4 – Casos notificados de chagas crônico, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.

REGIONAL	2015	2016	2017	2018	2019
I	1	5	0	2	7
II	50	54	47	31	17
III	2	1	0	3	5
IV	83	44	42	36	2
V	6	0	3	3	1
VI	42	31	35	22	12
VII	54	36	38	36	25
TOTAL	238	171	165	133	69

Fonte: SINAN/SUVIGE/CPS/SESAP-RN, 2019.

Tabela 5 –Óbitos de Doença de Chagas, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.

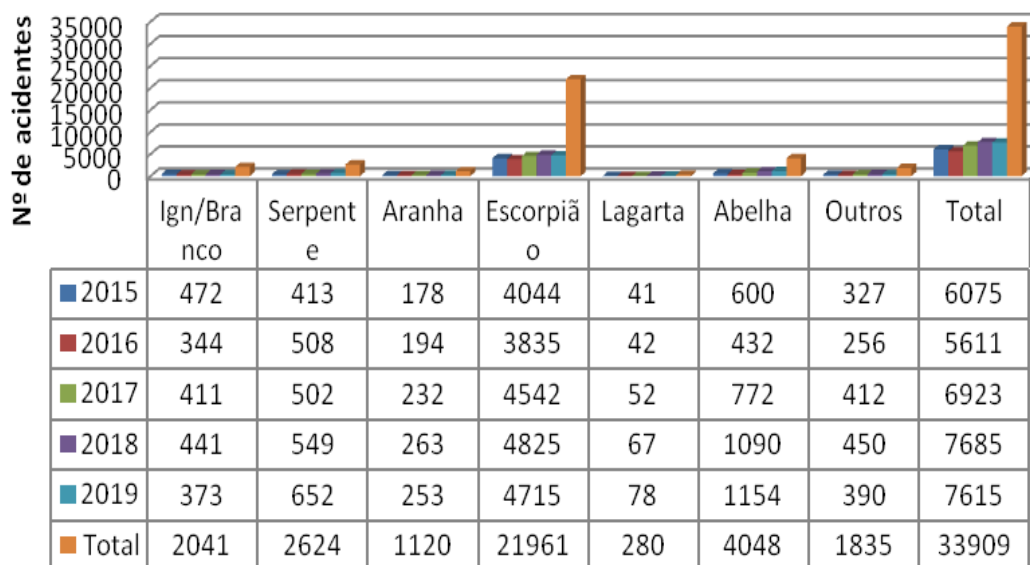
REGIONAL	2015	2016	2017	2018	2019
I	1	0	0	0	2
II	7	8	4	5	9
III	0	0	0	0	0
IV	8	2	2	8	3
V	0	2	0	2	0
VI	1	3	9	6	0
VII	3	2	0	1	0
TOTAL	20	17	15	22	14

Fonte: SIM/PCDCh/SUVIGE/CPS/SESAP-RN, 2019.

F) Vigilância de Acidentes por Animais Peçonhentos

A Vigilância de Acidentes por Animais Peçonhentos acompanha o mapeamento geográfico das diferentes espécies causadoras de acidentes por meio do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação e realiza a análise sobre os 167 municípios com potencial de ocorrência, prevenindo acidentes e óbitos por: Ofidismo (serpentes), escorpionismo (escorpião), araneísmo (aranha), himenópteros (abelhas, vespas, formigas), lepidópteros (lagartas), coleópteros (besouros) e animais aquáticos, ictismo (peixes bagre, peixe-pedra e arraia), cnidários (água-viva e caravela), através de células especiais presentes em seus tentáculos. As notificações dos acidentes por esses animais servem como embasamento para as tomadas de decisões no âmbito municipal, estadual e federal sendo uma estratégia fundamental na distribuição dos soros antivenenos nos Hospitais Regionais do Rio Grande do Norte.

Os acidentes por animais peçonhentos é um agravo de notificação compulsória e no ranking de uma série histórica de 05 (cinco) anos, os acidentes escorpiônicos apresentam um percentual de 64,76%, as abelhas com 11,93%, as serpentes com 7,73%, as aranhas com 3,30%, as lagartas com 0,82 e os “outros” com 5,4 por não existir a opção na ficha para classificação (animais marinhos, etc), e os ignorado/Branco com 6,0% (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Acidentes por animais peçonhentos – Série histórica 2015-2019

Fonte: SINANET. *Dados sujeitos a alteração.

Os acidentes ofídicos são os que mais se destacam, não sendo em quantidade de notificações, mas, em maior taxa de letalidade. É importante ressaltar que o gênero *Bothrops*, se tornou um animal sinantrópico, e a falta de prevenção de acidentes, pelo simples fato de não se utilizar o EPI – equipamento de proteção individual tem ocasionado o aumento dos acidentes.

É de extrema relevância mencionar os 2041 itens (Ign/Branco). Os ignorados, não foram classificados por falta de identificação dos espécimes, e as fichas em branco, por falta de preenchimento, causando acumulação desnecessária no sistema.

Tabela 6 – Tipos de acidentes por animais peçonhentos segundo RS, ano 2018.

Região de Saúde (RS)	Tipo de acidentes ano 2018						Total
	Serpente	Aranha	Escorpião	Lagarta	Abelha	Outros	
1ª S. J. Mipibu	15	11	309	3	19	20	377
2ª Mossoró	80	65	175	1	562	23	906
3ª João Câmara	91	28	207	4	47	59	436
4ª Caicó	84	16	128	5	117	104	454
5ª Santa Cruz	68	6	127	2	16	36	255
6ª Pau dos Ferros	31	12	59	0	57	0	159
7ª Natal	53	93	3506	43	143	159	3997
8ª Assu	41	11	74	0	115	4	245
Total	463	242	4585	58	1076	405	6829

Fonte: SINAN NET

Os acidentes por animais peçonhentos totalizaram 6.829 casos ano de 2018 e dentre eles, os acidentes escorpiônicos apresentaram 4.585 notificações no RN, observa-se um aumento significativo de registros na 7ª região de saúde com o total de 3.506, estando Extremoz com 31, Macaíba 152, Parnamirim 221 e São Gonçalo do Amarante 280 e especificamente em Natal-RN o quantitativo de 2.822, destacando-se com o maior número de notificações.

G) Esquistossomose

Doença infecciosa parasitária provocada por germes do gênero Schistosoma, inicialmente assintomática, que pode evoluir até as formas clínicas extremamente graves. Também conhecida como "xistose", "xistosa" "xistossomose" doença dos caramujos" barriga d'água" e doença Manson-Pirajá da Silva".

A área de vigilância no nosso Estado é composta pelos municípios na 7ª Região: São Gonçalo do Amarante, Natal, Extremoz, Parnamirim e Macaíba; na 1ª Região: Arêz, Baía Formosa, Brejinho, Canguaretama, Goianinha, Monte Alegre, Nísia Floresta, São José de Mipibú, Sen.Georgino Avelino, Pedro Velho; na 3ª Região: Ceará-Mirim, Maxaranguape, Rio do Fogo, Pureza e Touros.

Figura 17 – Região endêmica de esquistossomose no Rio Grande do Norte.



Fonte: SUVAM/CPS/SESAP-RN

Tabela 7 – Série histórica das atividades realizadas pelo SISPCE no Rio Grande do Norte, de 2013 a 2019. Programa de Vigilância e Controle da esquistossomose – PCE.

Atividades	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
Exames realizados	26215	24628	10960	10127	12016	16.507	8.819
Exames positivos	497	664	247	361	314	201	231
% de positivos	1,9	2,7	2,25	3,56	2,61	1,22	2,62
Trat. realizados	458	644	226	213	300	187	225
Óbitos	4	7	4	5	4	5	
Mun. trabalhados	0	0	10	7	10	12	8

Fonte: SESAP/SUVAM. * Dados sujeitos a alterações atualizados em: 13/11/2019

H) Enzootia: Controle da Peste

A peste foi introduzida no Brasil em 1899 e atualmente é mantida como enzootia entre os roedores silvestres nos focos naturais remanescentes localizados no Nordeste e na Serra dos Órgãos no Rio de Janeiro. A área de vigilância no nosso Estado é composta pelos seguintes municípios: Almino Afonso, Brejinho, Campo Redondo, Carnaúba dos Dantas, Coronel Ezequiel, Currais Novos, Equador, Jaçanã, Japi, Lucrecia, Martins, Monte das Gameleiras, Passa e Fica, Passagem, Parelhas, Rafael Godeiro, São Bento do Trairi, Serra de São Bento, Várzea, Umarizal. Esses municípios fazem parte de dois focos, o foco proveniente da Chapada Apodi e o foco proveniente da Chapada Borborema.

Conforme as informações do Sispeste esses municípios que compõem a área da 6ª Região, onde se localiza o foco proveniente da Chapada Apodi, acusaram sorologia positiva para amostras coletadas até o ano de 2002. Após esse período não realizaram suas atividades de vigilância (busca ativa de casos suspeitos e sorologia canina).

Já em relação ao foco proveniente da Chapada Borborema, esses municípios compõem a área de vigilância da 1ª, 4ª e 5ª Região e não cumprem 100% das ações pactuadas, no entanto podemos considerar a situação bem mais satisfatória em relação aos municípios da 6ª Região.

Os dados apresentados demonstram que esses municípios têm realizado visitas domiciliares de “busca ativa de casos suspeitos e coleta de sangue em cães” com o objetivo de detectar a presença da *Yersinia pestis*, agente causador da peste.

Tabela 8 – Casas trabalhadas na busca ativa de casos suspeitos de 2014 a 2018

MUNICÍPIO/ANO	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Campo Redondo	754	849	393	-	37	93
Carnaúba dos Dantas	1.332	1.507	667	1119	585	-
Coronel Ezequiel	849	753	799	605	605	200
Curais Novos	516	160	365	653	174	-
Equador	727	237	-	741	-	-
Jaçanã	341	489	216	225	153	145
Japi	175	88	-	285	118	13
Monte das Gameleiras	122	30	-	33	110	-
Parelhas	110	-	-	247	458	-
Passa e Fica	137	-	-	145	45	-
São Bento do Tairi	135	72	-	17	-	-
Serra de São Bento	1.185	741	-	860	871	766
Várzea	238	149	-	-	-	-
TOTAL	6.621	5.075	2.440	4.930	3.156	1.217

Fonte: SESAP/SUVAM.

5.1.2.4. Emergências e Eventos de Importância em Saúde Pública

A) Sarampo

A vigilância das doenças exantemáticas tem grande importância no cenário epidemiológico do Brasil, uma vez que são doenças infecciosas de transmissão respiratória e de alto poder de transmissão, imunopreveníveis e com particularidades referentes a possibilidade de letalidade e teratogenicidade.

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, grave, transmissível e extremamente contagiosa que se acompanha de quadro cutâneo. É transmitido diretamente de pessoa a pessoa, através das secreções nasofaríngeas, expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. O comportamento endêmico-

epidêmico do sarampo varia de um local para outro e depende basicamente da relação entre o grau de imunidade e a suscetibilidade da população, bem como da circulação do vírus na área.

Em 27 de setembro de 2016 foi obtida a certificação de eliminação do sarampo nas Américas. Porém vale ressaltar que o Brasil passou por um surto de sarampo no período de 2013 a 2015, com mais de 800 casos confirmados da doença. Desde então, reitera-se a necessidade de fortalecer a vigilância do sarampo no país, de forma que a doença permaneça em eliminação. No Rio Grande do Norte, ainda que anualmente sejam notificados suspeitos, não havia a confirmação de casos desde 2000, contudo no ano de 2019 com o início de um surto no Estado de São Paulo, a transmissão do sarampo tomou proporções nacionais, com a confirmação de casos no RN.

A partir da confirmação de casos importantes e de transmissão local, no Rio Grande do Norte até a SE 52 tivemos um total de 93 casos notificados, acumulando a maior incidência no estado de 44.44 por 100.000 habitantes no município de Bodó, localizado na sexta região de saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP-RN) vem desenvolvendo ações estratégicas juntamente com os municípios para minimizar os impactos da reintrodução do sarampo no Estado. Considera-se caso suspeito o paciente que apresentar a tríade sintomatológica indicativa de sarampo, assim tendo a ficha de notificação compulsória preenchida por algum profissional de saúde nos

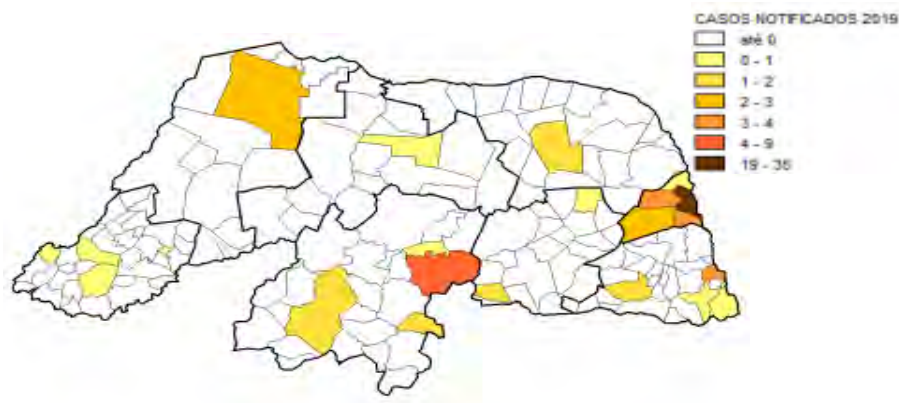
Diante disto, todas as ações preconizadas, pelo Ministério da Saúde, para as equipes de vigilância epidemiológica, estão sendo realizadas dentro do prazo oportuno, visando interromper a transmissão do vírus.

Deste modo, é possível informar que, de acordo com os parâmetros técnicos, o caso só poderá ser confirmado ou descartado até que sejam analisados os critérios clínico, laboratoriais e epidemiológicos, permanecendo assim o caso em investigação até sua conclusão.

De acordo com os casos notificados por município de residência no Estado do Rio Grande do Norte até a SE 52, tivemos 22 municípios que tiveram registro de

notificações, e é possível inferir que há maior concentração dos casos notificados concentra-se na 7ª Região de Saúde (Região Metropolitana de Natal) no município de Natal e na 6ª Região de Saúde (Região de Caicó) destacando-se o município de Currais Novos (Figura 18).

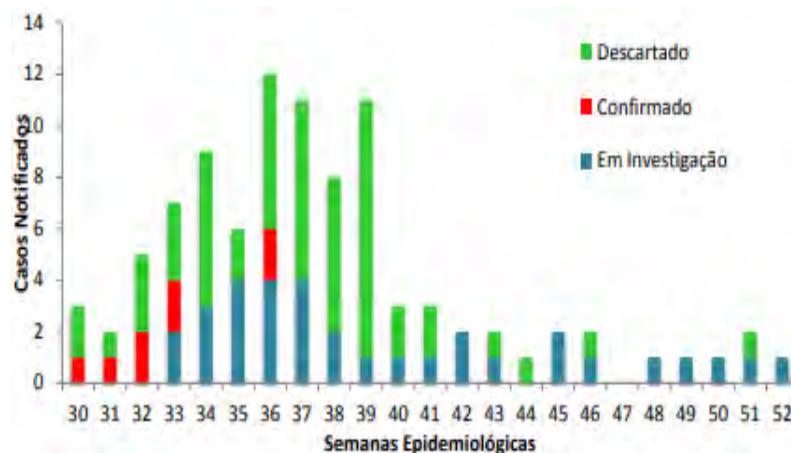
Figura 18 – Casos notificados de Sarampo por município de residência, Rio Grande do Norte, 2019*.



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP-RN, 2019. *Dados de 2019 até SE 52 (26/12/2019), sujeitos a alterações*.

Destaca-se que em 2019 foram notificados 93 casos, dos quais 57 já foram descartados após investigação e resultados laboratoriais; 08 casos confirmados após análise do quadro clínico, vínculo epidemiológico e resultado dos exames laboratoriais; e 29 casos permanecem em investigação (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Evolução dos casos notificados de Sarampo de acordo com status, Rio Grande do Norte, 2019*



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP-RN, 2019. *Dados de 2019 até SE 45 (26/12/2019), sujeitos a alterações*

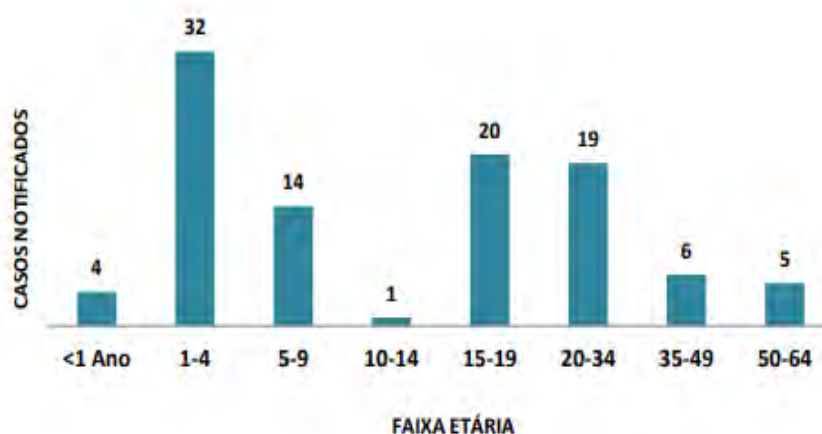
Ao que concerne os casos confirmados com ocorrência no Rio Grande do Norte (RN) há maior concentração encontra-se na 7ª Região de Saúde, tendo a capital do Estado Natal, com registro de três casos confirmados, seguindo do município de Tibal do sul com dois casos. Vale resaltar que o ultimo caso confirmado da capital do RN, esteve em viagem na cidade de João Pessoa, no período de incubação da doença que varia de 7 a 21 dias que antecedem o surgimento dos exantema, o que dificulta o estabelecimento de vínculo epidemiológico e da provável fonte de infecção. (Figura 19).

Figura 19 – Casos Confirmados de Sarampo por município de residência, Rio Grande do Norte 2019*.



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP-RN, 2019. *Dados de 2019 até SE 52 (26/12/2019), sujeitos a alterações.

Gráfico 17 – Casos notificados de sarampo por faixa etária, Rio Grande do Norte, 2019*.



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP-RN, 2019. *Dados de 2019 até SE 52 (27/12/2019), sujeitos a alterações*.

Mesmo com a situação epidemiológica controlada para a transmissão do sarampo no Estado do Rio Grande do Norte, diante das medidas efetivas de bloqueio vacinal e campanha de vacinação para tríplice viral realizada, sem o registro de confirmação de casos no ano de 2020 até a semana epidemiológica 38, e sem notificações de casos que atendem às definições clínicas para caso suspeito, os serviços de saúde permanecem sensibilizados para a vigilância de tal agravo.

B) Novo Coronavírus: Covid-19 (SARS-CoV-2)

Em dezembro de 2019, na província de Wuhan – China, foram registrados os primeiros casos do que se tratava de uma pneumonia de etiologia não identificada (ROTHAN & BYRAREDDY, 2020). A partir da investigação dos casos, pesquisadores apontaram rapidamente para o surgimento de um novo tipo de Coronavírus, com características semelhantes ao causador da epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG, ou SARS na sigla em inglês) em 2003 (PETROSILLO et al., 2020).

Com uma alta transmissibilidade, ocorrendo majoritariamente de pessoa a pessoa por meio de aerossóis, o vírus rapidamente atingiu outros países do continente asiático, seguido do continente europeu, sendo declarado uma pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019 (LIU et al., 2020). Em 11 fevereiro de 2020, o Comitê Internacional de Taxonomia Viral adota a nomenclatura de SARS-CoV2 para o novo vírus, e a OMS adota de *Coronavirus Disease- 2019* (COVID-19) como nomenclatura da doença causada pelo vírus (SOHRABI et al., 2020).

Algumas características do SARS-CoV2, assim como da doença por ele causada ainda estão em estudo. Sabe-se até o momento que o vírus tem uma taxa base de reprodutibilidade (R_0) entre 3 e 4, ou seja, cada pessoa contaminada pode transmitir o vírus para outras três ou quatro pessoas. Essa taxa pode variar de acordo com o contexto e a dissiminação do vírus na comunidade (LIU et al., 2020).

Os principais sinais e sintomas são tosse seca, dor de garganta, cansaço, dor de cabeça e febre, podendo estar presente também sintomas como perda do olfato e do paladar, erupções cutâneas nos pés e mãos ou ainda, em casos mais graves,

difficuldade para respirar (ROTHAN & BYRAREDDY, 2020; GAUTIER & RAVUSSIN, 2020; LEISMAN et al., 2020; MERALD & MARTIN, 2020).

Desse modo, utilizam-se duas conceituações operativas para classificar os casos suspeitos e confirmados para COVID-19, sendo elas: síndrome gripal (SG), quando os pacientes desenvolvem apenas sintomas leves da doença; ou ainda a síndrome respiratória aguda grave (SRAG), para os casos que apresentam sintomas graves, como falta de ar ou baixa saturação de oxigênio (BRASIL, 2020).

Além disso, estudos apontam para a ocorrência de casos assintomáticos da doença, ou seja, a pessoa pode ser contaminada pelo vírus mas não chega a desenvolver sinais e sintomas. Pesquisadores apontam que os pacientes assintomáticos podem transmitir o vírus, todavia, esse grau de transmissibilidade ainda não foi propriamente estabelecido na literatura científica (BAI et al., 2020; YU et al., 2020).

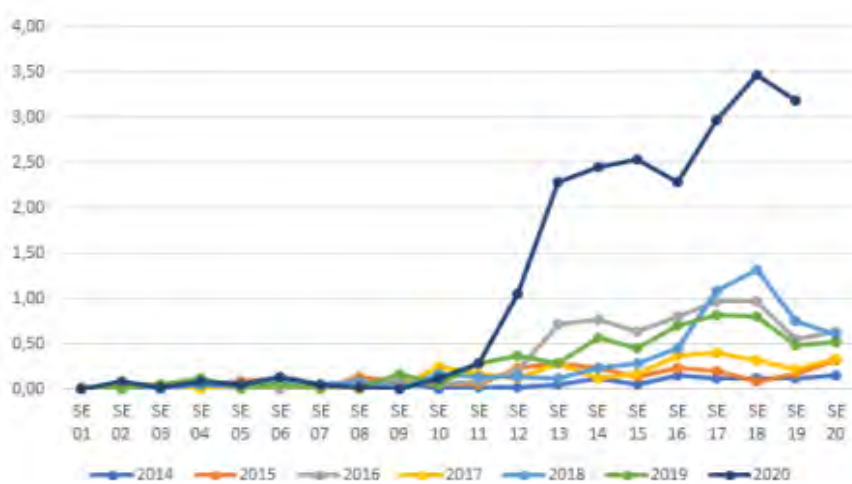
Os métodos de diagnóstico incluem o teste de RT-PCR, realizado por meio de coleta de amostra por swab nasofaríngeo, sendo essa a técnica padrão-ouro para o diagnóstico. Outros métodos também podem ser utilizados para determinar se o paciente teve ou não contato com o vírus, por meio de exames sorológicos para a detecção de anticorpos, como testes-rápidos (imunocromatografia), eletroquimioluminescência, dentre outros imunoensaios (BINNICKER, 2020).

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi oficialmente registrado em 26 de fevereiro de 2020, ao passo que em 12 de março de 2020 o Rio Grande do Norte registra o seu primeiro caso no município de Natal e em pouco mais de duas semanas, o primeiro óbito pela doença foi registrado no município de Mossoró.

Nesta perspectiva esperava-se a ocorrência de um maior número de notificações de casos e óbitos para vírus respiratórios, uma vez que para o cenário epidemiológico do Rio Grande do Norte, com base em anos anteriores, sempre há a circulação de vírus como Influenza A e B, os quais já encontram-se em situação endêmica no território nacional e potiguar, com caso já detectados no corrente ano no RN, e apresentam considerável taxa de mortalidade ao longo dos anos, assim como são responsáveis por internações diante do agravamento do quadro clínico, sendo estes pacientes notificados por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

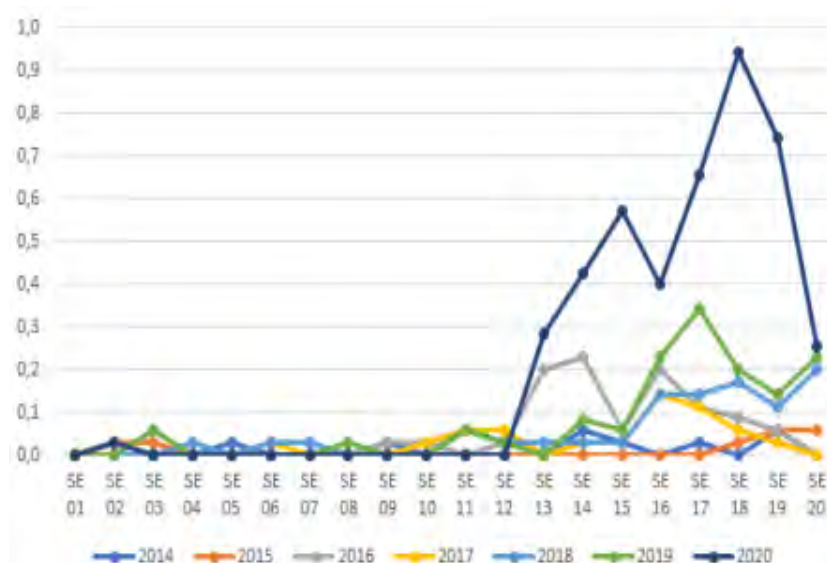
Contudo, somado a este cenário endêmico, a circulação viral do SARS-CoV-2 no RN vêm contribuindo para um importante aumento no número de casos de SRAG hospitalizado e óbitos, onde pode ser verificado até a semana epidemiológica 20 um incremento de 296,2% nos casos de SRAG hospitalizado e de 196% na ocorrência de óbitos.

Gráfico 18 – Taxa de incidência por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRGA) de pacientes hospitalizados, Rio Grande do Norte, 2020*.



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP – SIVEP-Gripe. *Dados extraídos até 14/05/2020 às 07h, sujeitos a alterações

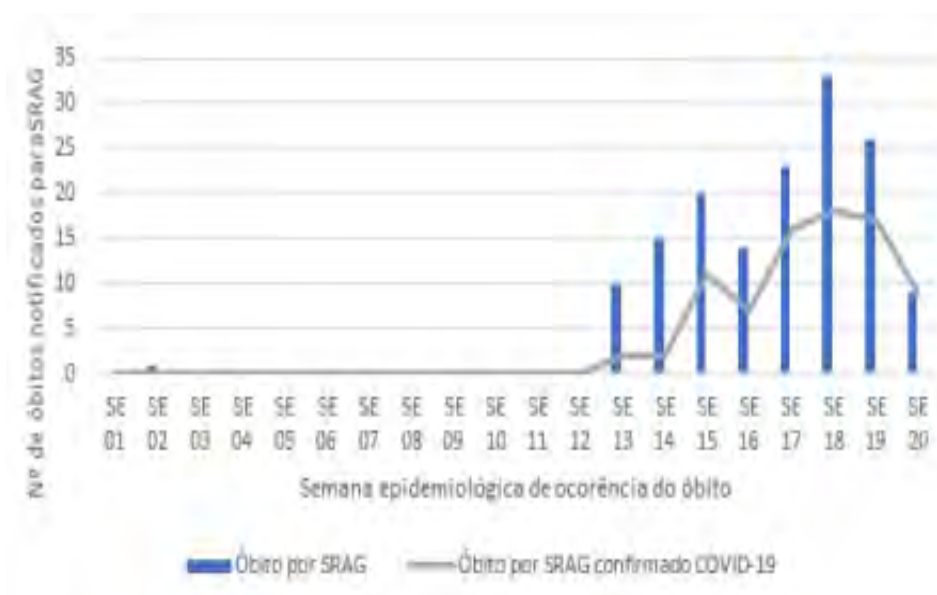
Gráfico 19 – Taxa de mortalidade por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de pacientes hospitalizados, Rio Grande do Norte, 2020*



Fonte: SUVIGE/LACEN/CPS/SESAP – SIVEP-Gripe, SIM, GAL, Lab. Privados. *Dados extraídos até 14/05/2020 às 07h, sujeitos a alterações.

Tais incrementos podem ocorrer pelo aumento da sensibilidade dos serviços de saúde para procederem com as referidas notificações diante da manifestações clínicas, contudo, é perceptível que a ocorrência dos casos de COVID-19 impactam diretamente nesses índices, uma vez que 29,3% dos casos hospitalizados de SRAG notificados posivaram para SARS-Cov-2. Cenário também evidenciado dentre os óbitos ocorridos no corrente ano, onde 54,3% posivaram para o Novo Coronavírus (COVID-19).

Gráfico 20 – Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de pacientes hospitalizados de acordo com classificação de caso para investigação COVID-19, Rio Grande do Norte, 2020*



Fonte: SUVIGE/LACEN/CPS/SESAP – SIVEP-Gripe, SIM, GAL, Lab. Privados. *Dados extraídos até 14/05/2020 às 07h, sujeitos a alterações.

A partir da confirmação do primeiro caso, nota-se que a doença rapidamente se espalhou no território potiguar. Até a semana epidemiológica 38, o RN registrou mais de 66 mil casos da doença, 2348 óbitos confirmados e pelo menos 312 óbitos em investigação. Na análise por região de saúde, observa-se uma incidência mais elevada na sétima, segunda e oitava regiões de saúde. O mesmo cenário também é observado no tocante a mortalidade, conforme observado na Tabela 9.

Tabela 9. Casos notificados para COVID-19 de acordo com a classificação e por região de saúde de residência, Rio Grande do Norte, 2020.

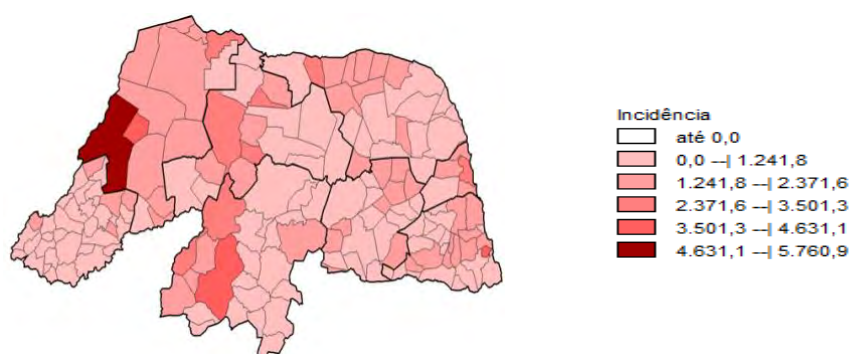
Região de saúde de residência	Casos confirmados		Óbitos em investigação	Óbitos confirmados		Letalidade
	n	Incidência por 100.000 hab		n	Mortalidade por 100.000 hab	
1ª REGIÃO	5175	1342,2	17	156	40,46	3,0
2ª REGIÃO	11767	2403,9	41	362	73,95	3,1
3ª REGIÃO	4162	1144,0	29	154	42,33	3,7
4ª REGIÃO	5482	1828,2	25	108	36,02	2,0
5ª REGIÃO	2407	1196,0	15	80	39,75	3,3
6ª REGIÃO	2014	800,4	12	46	18,28	2,3
7ª REGIÃO	32735	2411,7	166	1315	96,88	4,0
8ª REGIÃO	3221	2040,1	7	127	80,44	3,9
TOTAL RN	66963	1909,5	312	2348	66,95	66963
OUTRAS LOCALIDADES	230	-	4	8	-	230
TOTAL GERAL	67193	1916,0	316	2356	67,18	67193

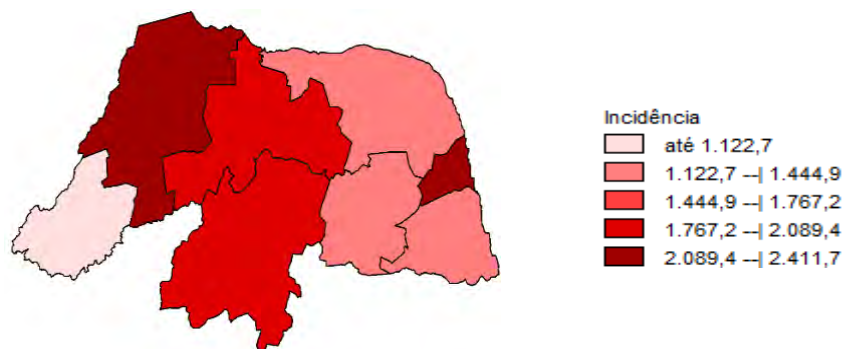
Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP; FormSUScap/E-SUS VE-MS; GAL/LACEN-RN; Lab. Privado; *Dados extraídos em 18/09/2020 (SE 38) às 23h, sujeitos a alterações. Taxa de notificação e Coeficiente de Incidência foram calculados com base na estimativa populacional do IBGE para 2020.

Esse cenário pode ser explicado pela relações sociais e econômicas estabelecidas entre os municípios dessas regiões, uma vez que o vírus necessita dessas interações para sustentar sua circulação no território. Ressalta-se ainda que na segunda região de saúde, ocorre também uma intensa movimentação de pessoas com o estado do Ceará, um dos mais afetados pela COVID-19 na região nordeste, registrando uma taxa de incidência de 2558 casos e 96,4 óbitos a cada 100.000 habitantes. Essa dinâmica pode ser observada ao analisarmos a distribuição espacial dos casos e óbitos, conforme apresentada na Figura 20.

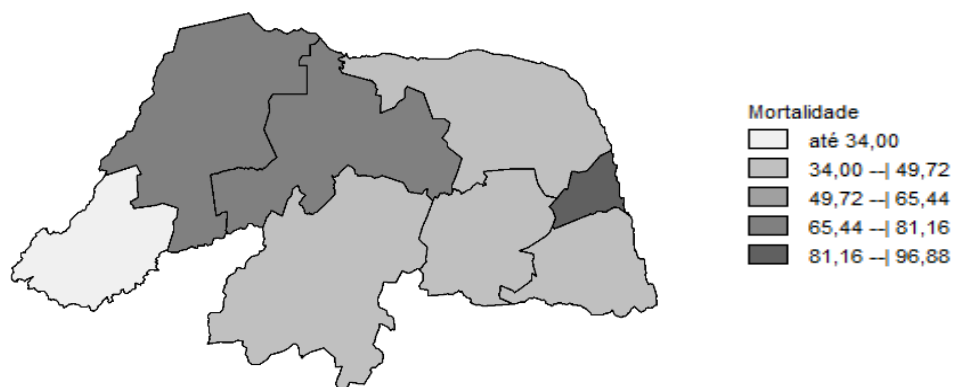
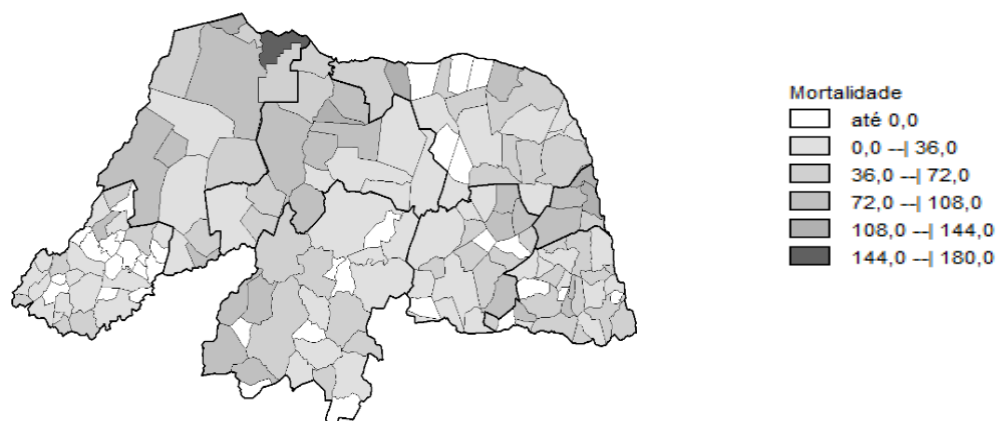
Figura 20. Distribuição espacial de casos e óbitos de COVID-19, Rio Grande do Norte, 2020.

a) Incidência a cada 100.000 hab.





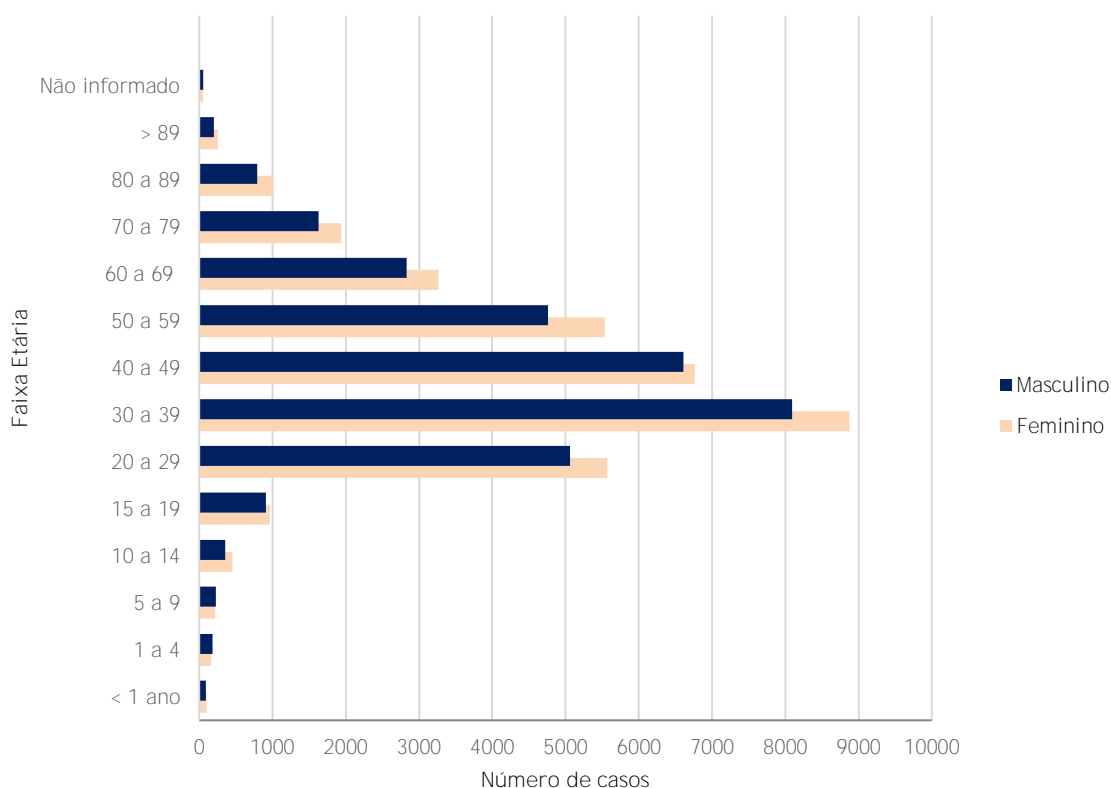
b) Mortalidade a cada 100.000 hab.



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP; FormSUScap/E-SUS VE-MS; GAL/LACEN-RN; Lab. Privado; *Dados extraídos em 18/09/2020 (SE 38) às 23h, sujeitos a alterações.

Quanto ao perfil dos casos, observa-se uma maior ocorrência em pessoas do sexo feminino (52,5%). Em pelo menos 18% dos casos, os pacientes referiram alguma comorbidade ou fator de risco. Quanto a faixa etária, observa-se que 45,3% dos casos concentram-se em pessoas de 30 a 49 anos, conforme o Gráfico 21 abaixo.

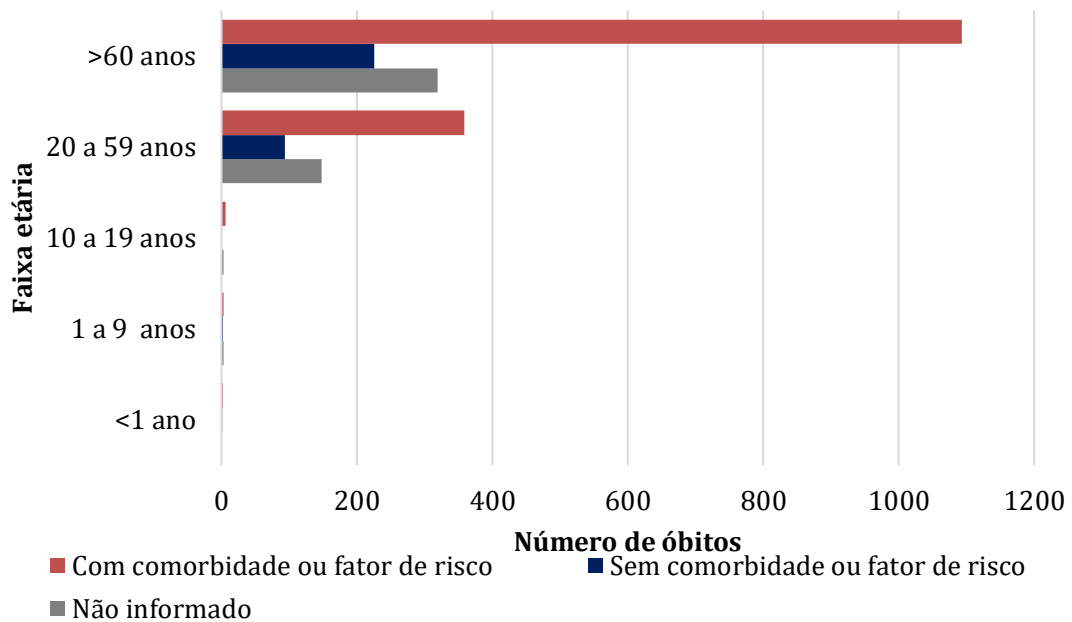
Gráfico 21. Distribuição dos casos confirmados para COVID-19 por faixa etária, Rio Grande do Norte, 2020.



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP; FormSUScap/E-SUS VE-MS; GAL/LACEN-RN; Lab. Privado; *Dados extraídos em 18/09/2020 (SE 38) às 23h, sujeitos a alterações.

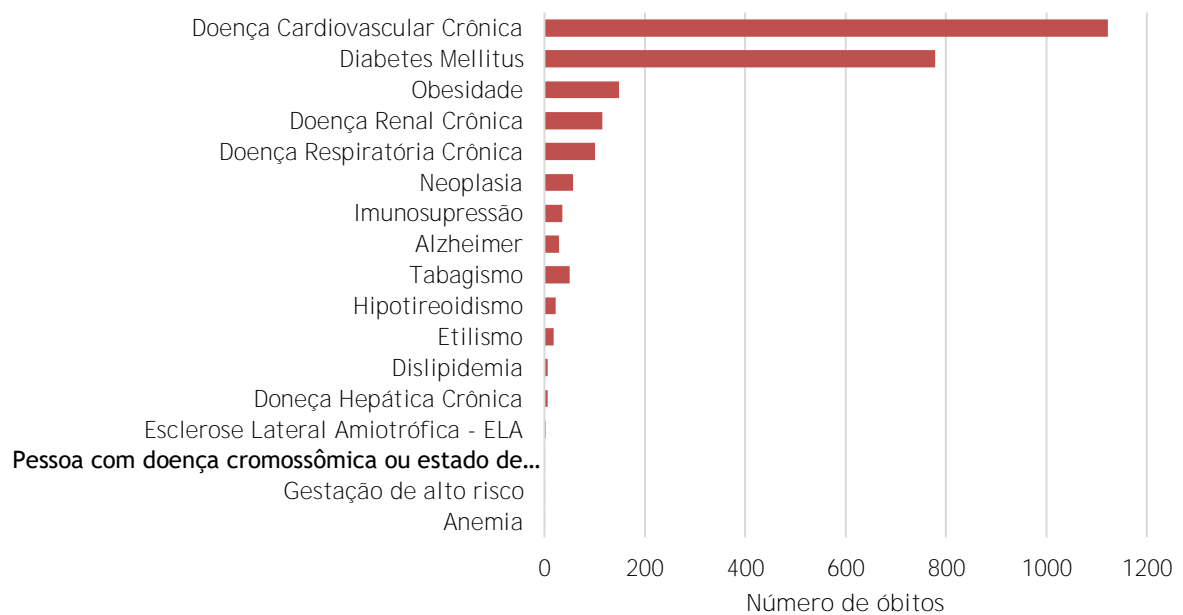
O perfil dos pacientes que foram a óbito pela doença se difere do perfil geral dos casos. Pelo menos 70% dos pacientes que foram a óbito tinham mais de 60 anos de idade, e 65% dos pacientes referiram alguma comorbidade ou fator de risco. Essa relação pode ser observada no Gráfico 22. As comorbidades e fatores de risco relatados com maior frequência foram as doenças cardiovasculares crônicas, diabetes mellitus e obesidade, como observa-se no Gráfico 23..

Gráfico 22. Distribuição dos óbitos por COVID-19 por faixa etária e presença de comorbidade ou fator de risco, Rio Grande do Norte, 2020.



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP; FormSUScap/E-SUS VE-MS; GAL/LACEN-RN; Lab. Privado; *Dados extraídos em 18/09/2020 (SE 38) às 23h, sujeitos a alterações.

Gráfico 23. Frequência das comorbidades e fatores de risco relatados pelos pacientes que foram a óbito por COVID-19, Rio Grande do Norte, 2020.



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP; FormSUScap/E-SUS VE-MS; GAL/LACEN-RN; Lab. Privado; *Dados extraídos em 18/09/2020 (SE 38) às 23h, sujeitos a alterações.

O estado do Rio Grande do Norte, por meio da SESAP, diante da emergência em saúde pública, elaborou o seu Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, estabelecendo algumas medidas de controle e de vigilância em saúde a serem adotadas por parte dos municípios para minimizarem os efeitos da doença nos modos de vida das comunidades (RIO GRANDE DO NORTE, 2020).

Algumas medidas preventivas e de higiene que podem ser tomadas são a higienização das mãos com água e sabão ou álcool em gel à 70%, medidas de distanciamento social – como a não realização de eventos que possam promover aglomerações de pessoas – e o uso de máscaras de proteção facial (HATCHETT et al., 2007, STUTT et al., 2020).

Todavia, algumas medidas de controle ativas são necessárias por parte do sistema de saúde para a quebra das cadeias de contágio. A principal delas é a investigação dos casos suspeitos e confirmados e o rastreamento dos seus contatos (KLINKENBERG, 2006).

A investigação epidemiológica deve ser realizada diante de um caso suspeito de COVID-19, devendo ser levantada informações de fontes de dados diversas, como prontuários, fichas de atendimento, exames laboratoriais e de imagem, dentre outros, além da investigação junto ao próprio caso e/ou seus familiares, utilizando-se de contato telefônico, por exemplo (BRASIL, 2020).

A investigação deve ser seguida de orientações para medidas de isolamento social, geralmente sendo orientado um isolamento domiciliar entre 10 a 20 dias do início dos sintomas de acordo com o perfil de cada caso, podendo ser suspenso desde que o paciente não apresente mais sintomas respiratórios e haja resolução da febre sem o uso de antitérmicos por pelo menos 24h (BRASIL, 2020).

Além disso, a partir da notificação deverão ser realizadas medidas para o rastreamento de contatos, visando a identificação de novas infecções resultantes da exposição a um caso conhecido, permitindo um isolamento de forma pontual e prevenindo a ocorrência de novas infecções a partir de um caso índice (BRASIL, 2020).

O rastreamento de contatos se torna mais efetivo quando a taxa de reprodutibilidade está em torno de um, ou seja, cada pessoa com a doença transmite somente para uma outra pessoa em média, indicando que o cenário epidêmico encontra-se minimamente controlado. Desse modo, medidas de isolamento mais rígidas, como isolamento social total podem ser evitadas, interferindo em menor medida o cotidiano da população (KLINKENBERG, 2006). Todavia, sua operacionalização deve ser realizada sempre que possível, mesmo em cenários epidêmicos (BRASIL,2020).

A equipe de investigação e rastreamento de contatos deve ser multidisciplinar. O Ministério da Saúde sugere a composição da equipe com pelo menos um técnico da vigilância e um profissional da atenção primária, podendo ser um agente comunitário de saúde (BRASIL, 2020).

Por fim, a COVID-19 é um agravo emergente em saúde pública, que necessitará de adoção de medidas preventivas e de controle por parte do sistema público de saúde, focadas majoritariamente em ações de vigilância efetivas e integradas com a atenção primária em saúde. A existência de medidas de imunização coletivas podem não estar presentes num horizonte próximo, exigindo atenção por parte das autoridades sanitárias.

5.1.2.5. Imunização

No que concerne a imunização, observa-se uma queda nas coberturas à nível nacional, sendo este cenário também evidenciado no Rio Grande do Norte o que colabora para a reintrodução dos agravos imunopreviníveis assim como aumento dos casos de doenças virais e bacterianas já presentes no cenário epidemiológico do Estado.

Tabela 10– Coberturas vacinais por vacina nos menores de 2 anos, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019*.

VACINAS	2015	2016	2017	2018*	2019*
BCG	105,90	89,26	66,71	107,73	74,93
Hepatite B	94,42	72,08	60,39	101,40	73,58
Rotavírus Humano	89,86	76,75	69,09	86,02	81,94
Meningocócica C	95,23	79,53	71,05	84,33	81,96
Penta	90,58	76,32	68,58	89,47	68,90
Pneumocócica	89,02	84,42	76,29	94,56	86,05
Vacina Poliomielite	97,64	70,25	69,10	90,37	77,93
Tríplice Viral	94,98	96,05	74,62	88,73	92,40
Hepatite A	87,97	63,17	61,41	77,27	80,11

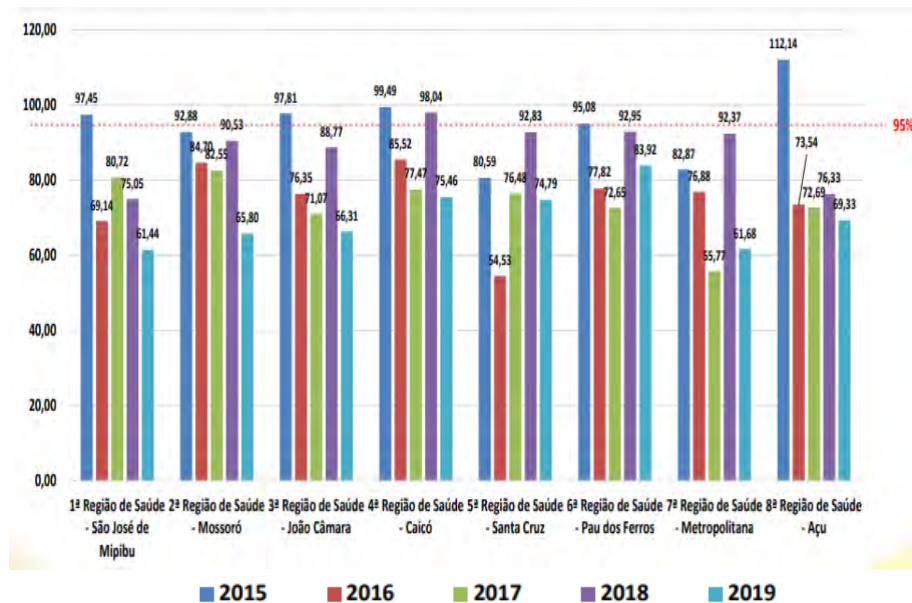
Fonte: SIPNI/DATASUS - SUVIGE/CPS/SESAP-RN*Dados sujeitos à alterações

Observa-se que dentre as 9 vacinas preconizadas para os menores de 2 anos, até o presente momento só 2 (BCG e Hepatite B) alcançaram os percentuais adequados, e em 2019 ainda não observa-se nenhuma vacina com cobertura vacinal dentro do esperado.

Infelizmente o não alcance das coberturas vacinais vem ocorrendo no território nacional, onde verifica-se uma queda importante nas coberturas vacinais com o passar dos anos. Este fator pode estar diretamente relacionado a questões inerentes ao processo de trabalho que compõem o setor da imunização, como bem como a grande propagação de *fake News* e movimentos anti vacina. Contudo, reforçamos a necessidade de serem adotadas estratégias para o fortalecimento do Programa Nacional de Imunização no território Nacional e no Rio Grande do Norte.

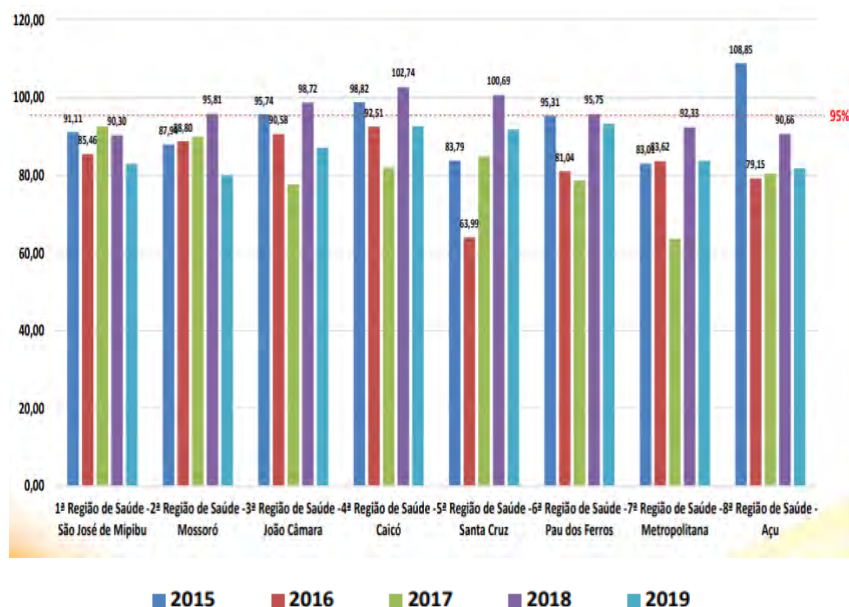
Observa-se que o não alcance da meta para todo o território potiguar para o conjunto de vacinas, contudo com a análise sendo realizada de forma regionalizada é possível observar que algumas regiões de saúde apresentam maiores coberturas que as demais.

Gráfico 24 - Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina Pentavalente, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.



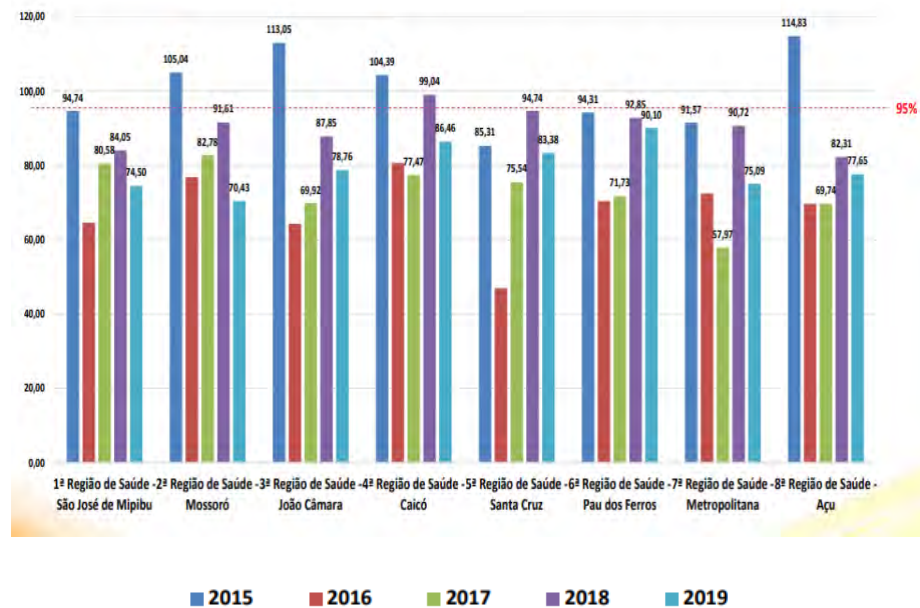
Fonte: SIPNI/DATASUS - SUVIGE/CPS/SESAP-RN*Dados sujeitos à alterações

Gráfico 25 - Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina Pneumocócica, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.



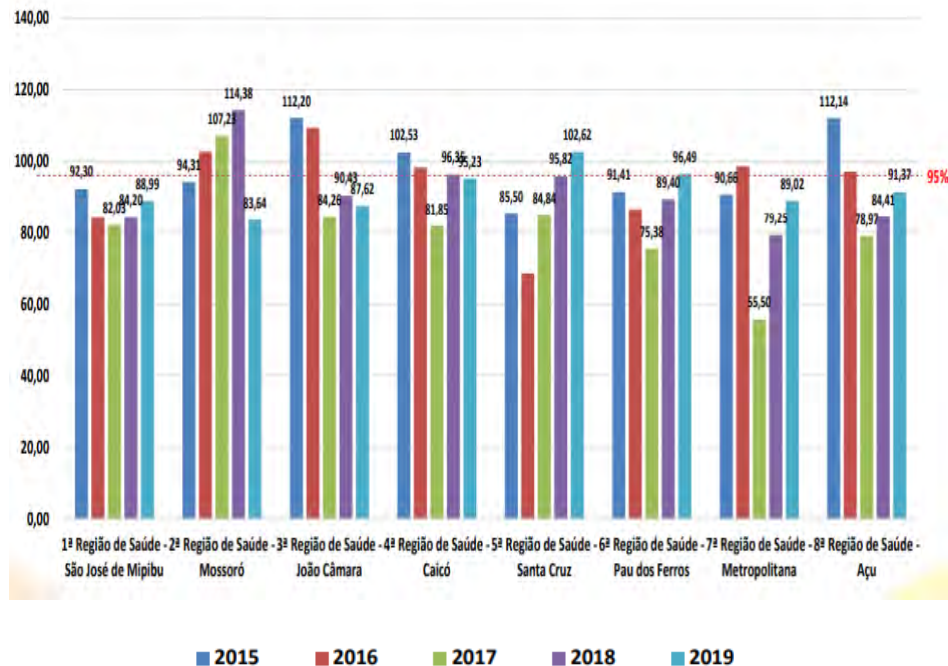
Fonte: SIPNI/DATASUS - SUVIGE/CPS/SESAP-RN*Dados sujeitos à alterações

Gráfico 26 - Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina contra Poliomielite, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.



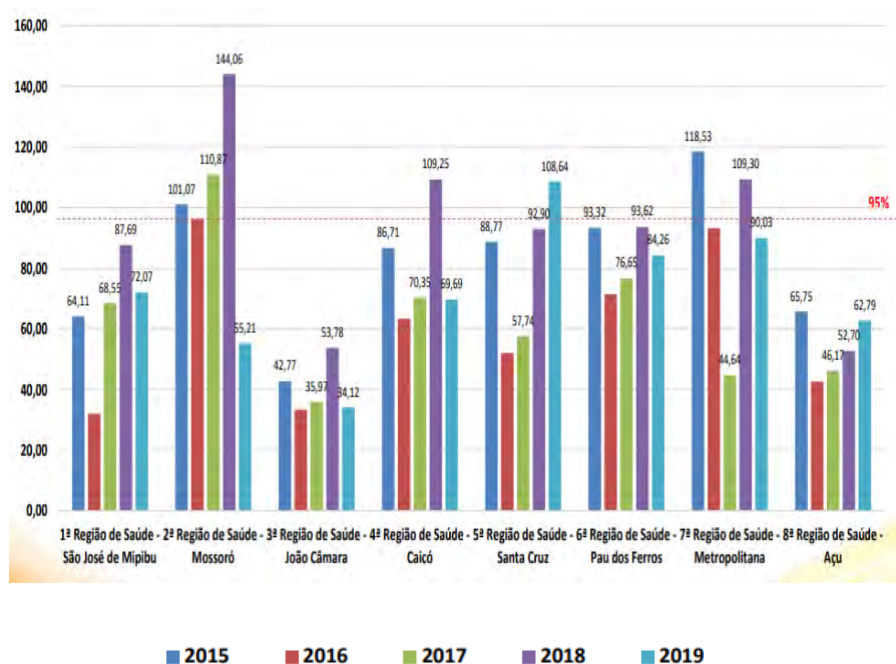
Fonte: SIPNI/DATASUS - SUVIGE/CPS/SESAP-RN*Dados sujeitos à alterações

Gráfico 27 - Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina Tríplice Viral, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.



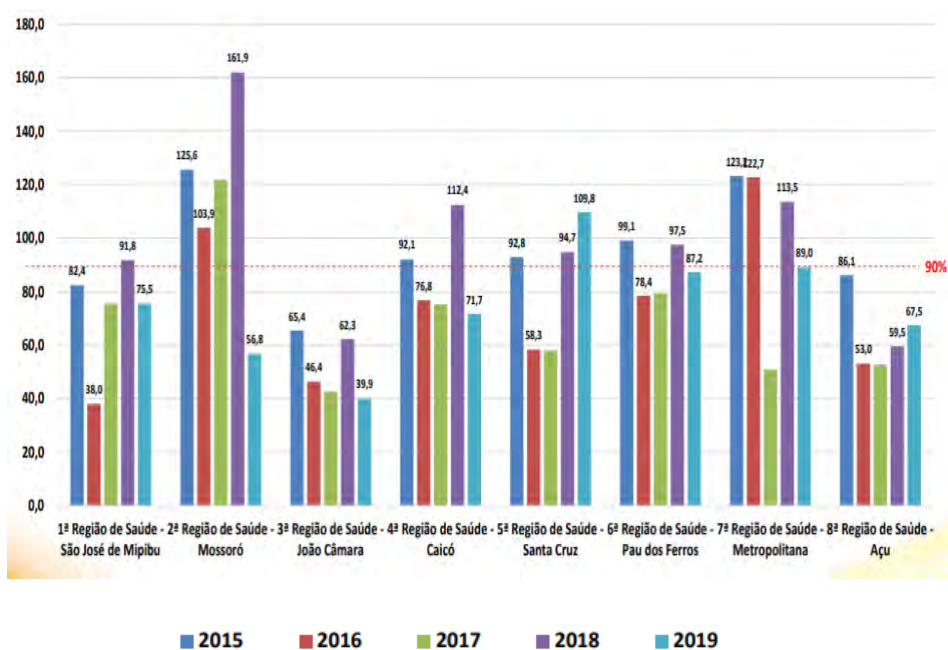
Fonte: SIPNI/DATASUS - SUVIGE/CPS/SESAP-RN*Dados sujeitos à alterações

Gráfico 28 - Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina contra Hepatite B, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.



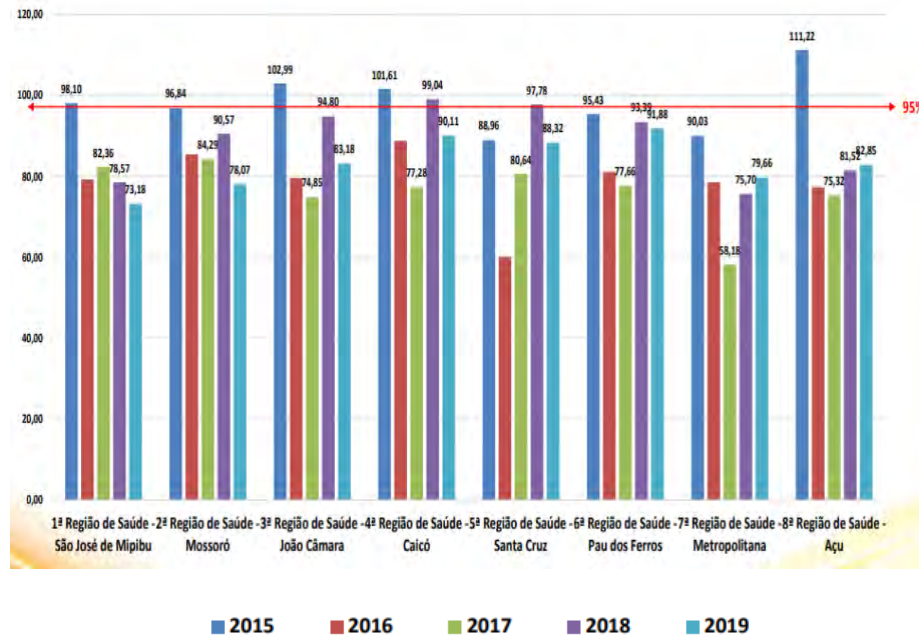
Fonte: SIPNI/DATASUS - SUVIGE/CPS/SESAP-RN*Dados sujeitos à alterações

Gráfico 29 - Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina BCG, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.



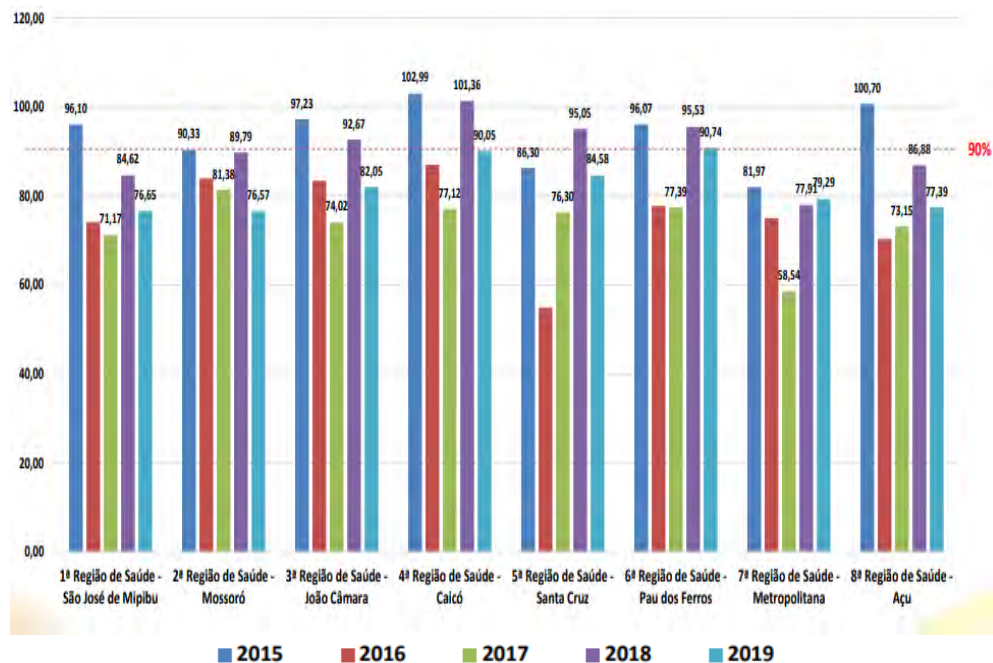
Fonte: SIPNI/DATASUS - SUVIGE/CPS/SESAP-RN*Dados sujeitos à alterações

Gráfico 30 - Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina Meningocócica, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.



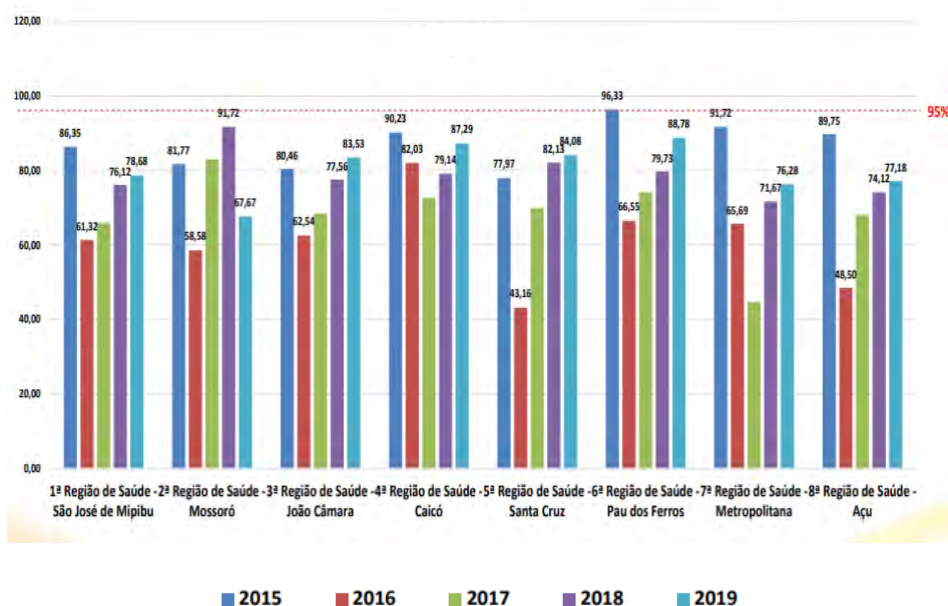
Fonte: SIPNI/DATASUS - SUVIGE/CPS/SESAP-RN*Dados sujeitos à alterações

Gráfico 31 - Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina contra Rotavírus Humano, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.



Fonte: SIPNI/DATASUS - SUVIGE/CPS/SESAP-RN*Dados sujeitos à alterações

Gráfico 32 - Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, vacina contra Hepatite A, nas regiões de saúde, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.



Fonte: SIPNI/DATASUS - SUVIGE/CPS/SESAP-RN*Dados sujeitos à alterações

Sabe-se que os sistemas de informação no qual os dados de imunização são alimentados para os anos de 2018 e 2019 ainda estão abertos, ou seja, ainda está permitindo que os dados sejam lançados, o que pode gerar uma alteração no cenário analisado. Contudo, o não atendimento das coberturas vacinais é identificado há muitos anos, e ressaltamos que esses índices podem estar diretamente associados à dificuldade de acesso aos imunobiológicos, uma vez que se sabe que nem todas as salas de vacinas existentes no RN funcionam no horário integral, acompanhando o horário de funcionamento das unidades básicas.

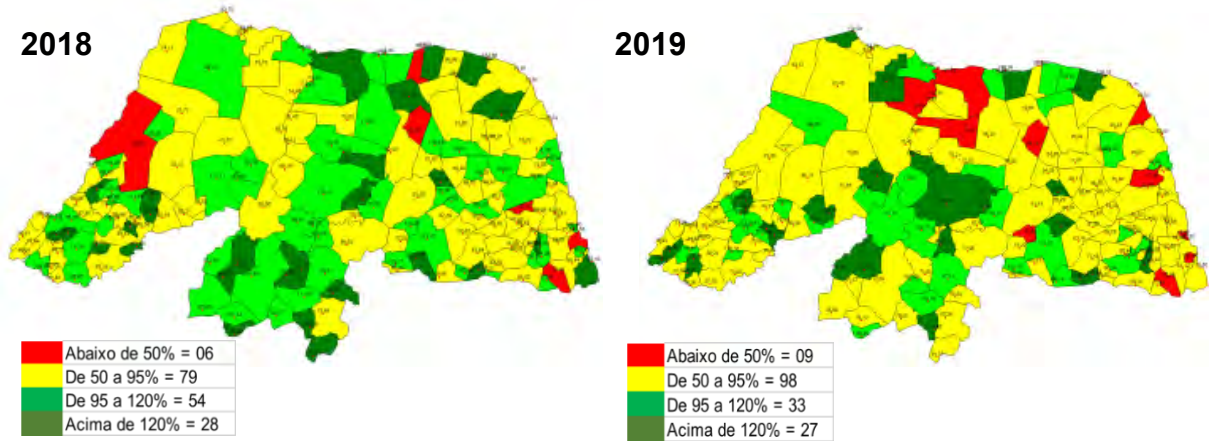
Além disso, diante do cenário atual também pode-se inferir que são poucos os municípios que dispõem de unidades com horário estendido, ou até mesmo funcionamento nos dias de sábado. Também verifica-se a necessidade da qualificação do registro da informação, pois o sistema não computa as doses que apresentarem erros, assim como a inserção tardia dos dados de vacinação, o que não nos permite uma avaliação do cenário real.

Dentre as 09 vacinas descritas anteriormente, podemos destacar as quatro vacinais pactuadas nos indicadores nacionais (penta, tríplice viral, vacina poliomielite

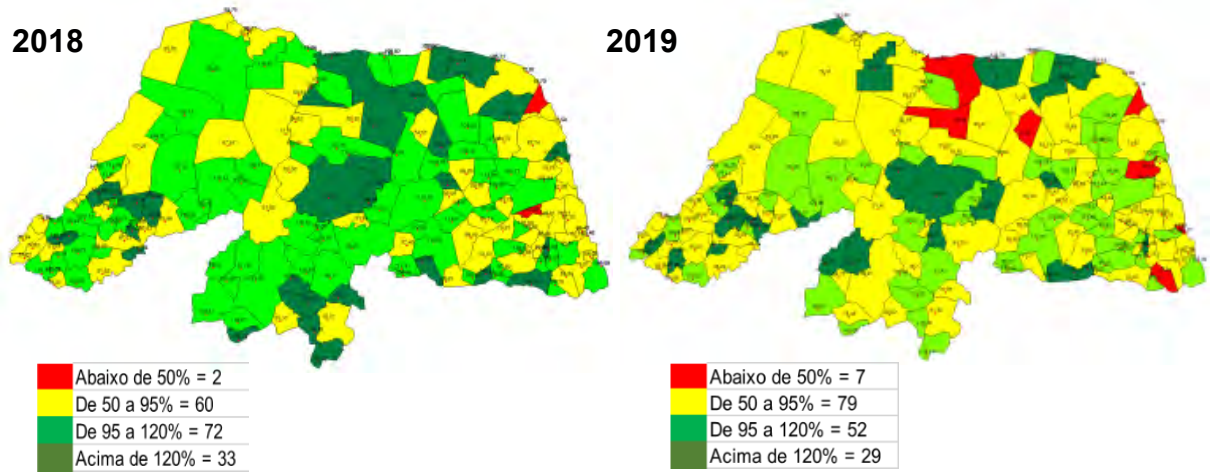
e pneumocócica) para monitoramento e análise nas crianças menores de 01 ano, e da mesma forma não é possível verificar resultados satisfatórios.

Figura 21 - Classificação dos municípios segundo % de cobertura da vacina em crianças menores de 1 ano, Rio Grande do Norte, 2018* e 2019*

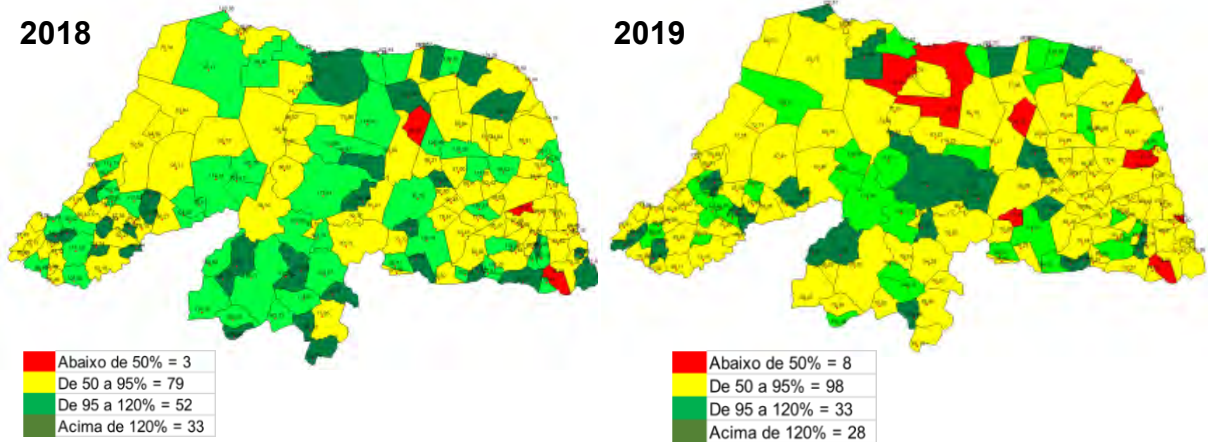
a) Vacina Pentavalente (3ª dose)



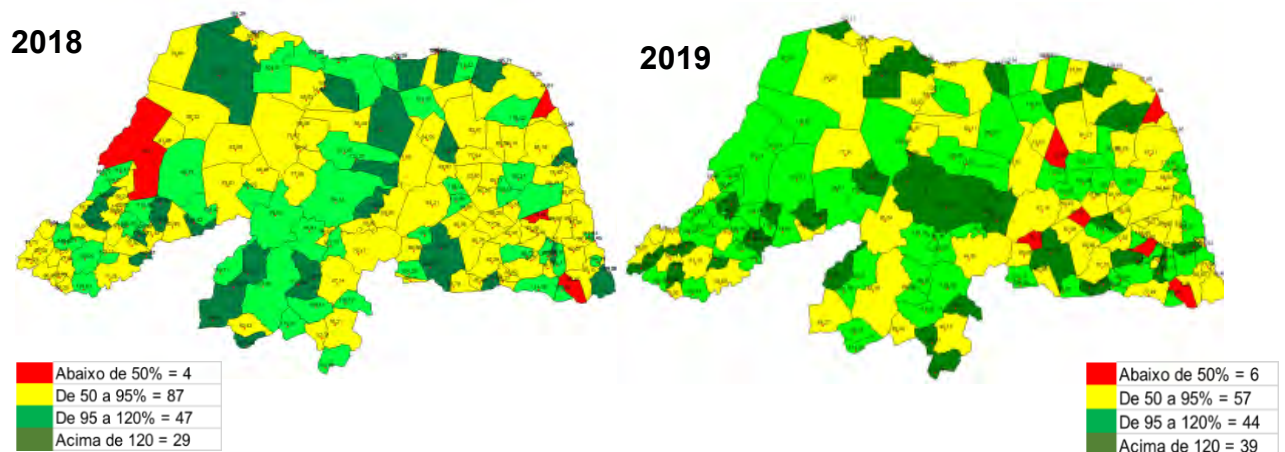
b) Vacina Pneumocócica (2ª dose)



c) Vacina contra Poliomielite (3ª dose)



d) Tríplice Viral (1ª dose)



Fonte: SIPNI/DATASUS - SUVIGE/CPS/SESAP-RN. *Dados sujeitos à alterações

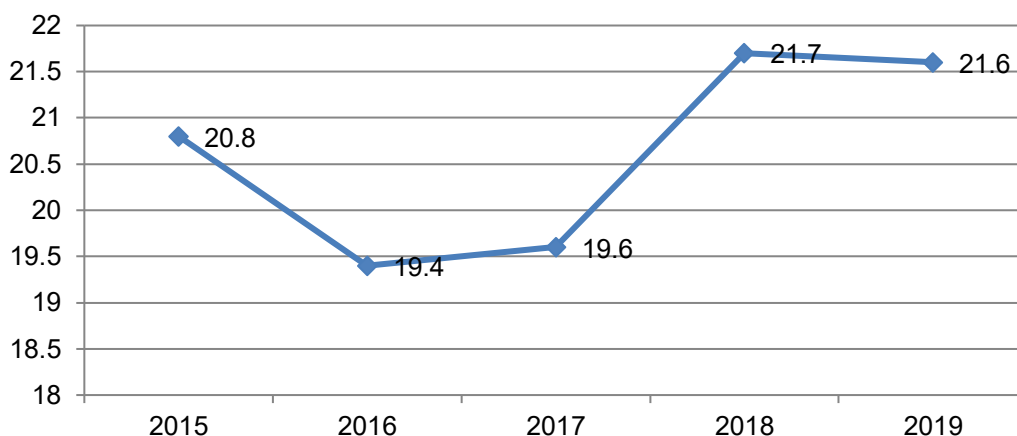
5.1.3. Perfil de Morbimortalidade

5.1.3.1. Mortalidade por Doenças Crônicas

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) incluem as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, constituindo a maior carga de morbimortalidade no mundo e sendo responsáveis por 63% das mortes globais(DC Maltal, 2019).

Analisando a série histórica no Rio Grande do Norte dos últimos 5 anos (2015 a 2019), foram registrados no SIM em 2015, 20.242 óbitos, sendo 4.225 por DCNT, compreendendo 20,8% do total bruto de óbitos. Em 2019 foram registrados 21.726 óbitos gerais, sendo destes 4.702 por DCNT, 21,6% do total, o que corresponde a um aumento de 0,8% das DCNTs neste período.

Gráfico 33: Proporção de óbitos por DCNT e, relação aos óbitos gerais no período de 2015 a 2019.



Fonte: DATASUS / SIM, 2020.

Com relação à distribuição dos óbitos por DCNTs, segundo causas específicas, as principais causas de óbitos em residentes do Rio Grande do Norte no período de 2015 a 2019 foram as doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias. As doenças endócrinas e metabólicas ocupavam o terceiro lugar das DCNTs até o ano de 2018, seguidas das doenças do aparelho respiratório. No ano de 2019 houve um aumento das doenças respiratórias levando-as a ocupar o terceiro lugar das DCNTs.

Tabela 11: Doenças Crônicas Não Transmissíveis no período de 2015 a 2020, Rio Grande do Norte.

DCNTs	2015	2016	2017	2018	2019
Doenças do aparelho circulatório	1908	1957	1916	2048	2196
Neoplasias	1606	1637	1676	1802	1834
Doenças do aparelho respiratório	402	486	433	477	548
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	572	524	479	532	487

Fonte: SIM, atualização em 13/05/2020.

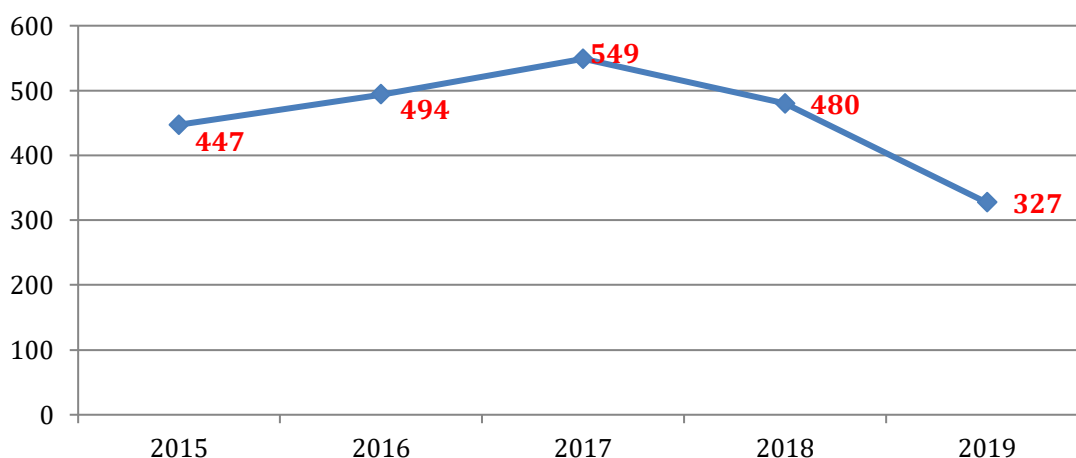
5.1.3.2. Mortalidade por Causas Externas

As causas externas são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo, incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação).

Pela frequência com que ocorrem e por serem os adolescentes e adultos jovens os grupos mais atingidos, esta análise considerou a faixa etária entre 10 e 19 anos.

No Rio Grande do Norte, para o período de 2015 a 2019, observa-se um aumento considerável entre os anos de 2015 a 2017 e uma redução ainda mais expressiva no número de óbitos por essas causas entre 2017 e 2019.

Gráfico 34-Óbitos por causas externas, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.



Fonte: SIM, atualização em 13/05/2020

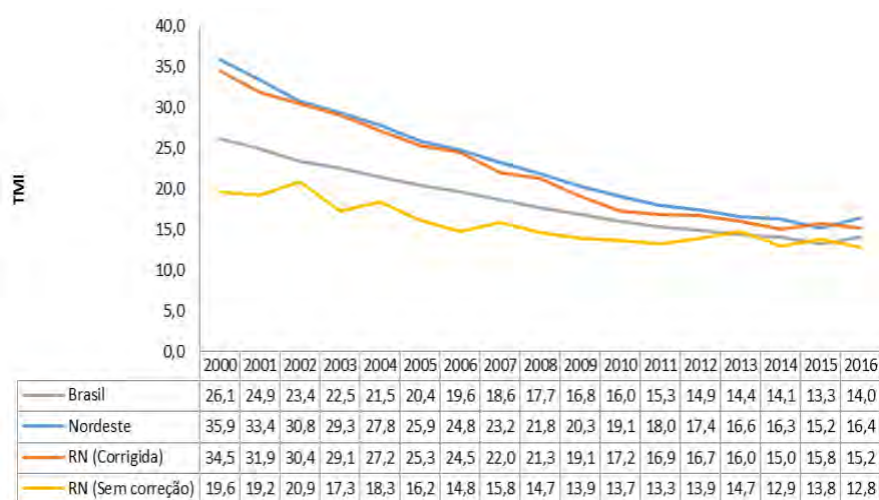
5.1.3.3. Mortalidade Infantil e seus componentes

A taxa de mortalidade infantil no Brasil, Região Nordeste e Rio Grande do Norte no período de 2010 a 2016, apresenta melhora pouco expressiva. Esta variável é um eficiente indicador de desenvolvimento, no qual suas variações estão

diretamente ligadas a fatores demográficos, socioeconômicos e de condições sanitárias e de saúde.

No Brasil, a maior parte dos óbitos na infância concentra-se no primeiro ano de vida, sobretudo no primeiro mês. No entanto, a variação percentual no período de 2015 a 2016 verificou-se que os óbitos classificados como Neonatal precoce apresentou aumento de 2,0%, o neonatal tardio apresentou aumento de 4,4% e o Pós-neonatal com maior aumento de 10,2%. A faixa de 1 a 4 anos verificou-se queda de 5,6% (BRASIL/MS, 2018).

Gráfico 35 - Taxas de Mortalidade Infantil no Brasil, Região Nordeste e Rio Grande do Norte, 2000 a 2016.



Fonte: SIM/SUVIGE/CPS/SESAP-RN e DATASUS/MS

No Rio Grande do Norte a redução da mortalidade infantil se configurou de forma expressiva no período de 2015 e 2019, foram registrados no SIM no ano de 2015, 682 óbitos infantis e em 2019, 549. Entretanto, permanecem grandes preocupações quando esses dados se revelam estratificados por faixa etária infantil.

Quadro 01: Óbitos Infantis, período de 2015 a 2019

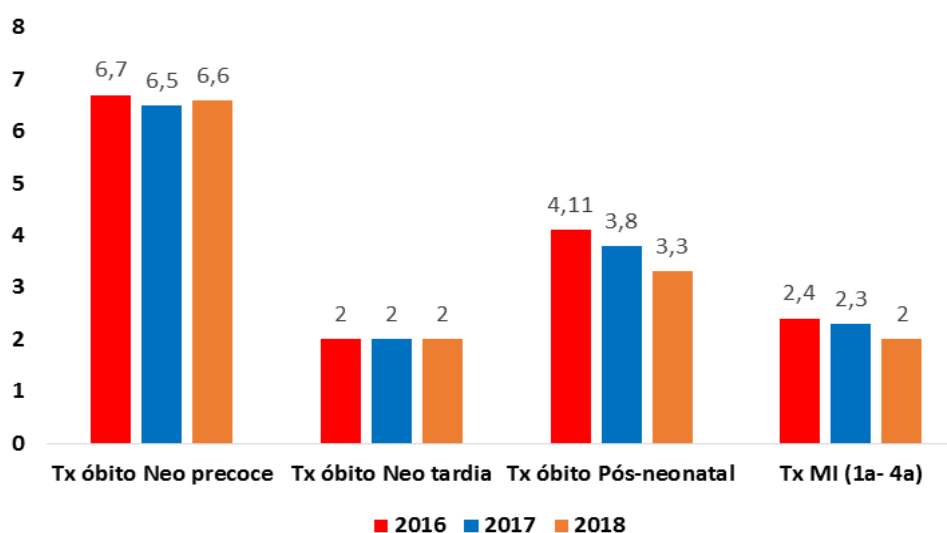
ANO	ÓBITOS INFANTIS
2015	682
2016	581
2017	569
2018	566
2019	549

Fonte: SIM, atualização em 13/05/2020

No Rio Grande do Norte também se verifica taxas elevadas de mortalidade infantil e na infância, como verifica-se no gráfico 36.

No último triênio houve pouca modificação do componente neonatal (precoce e tardio), que juntos respondem por aproximadamente 60% dos óbitos, mas o componente neonatal precoce (0-6 dias) responde por aproximadamente 45% das mortes infantis em menores de 5 anos, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto e nascimento, que é predominantemente hospitalar no estado, com poucas exceções em algumas localidades.

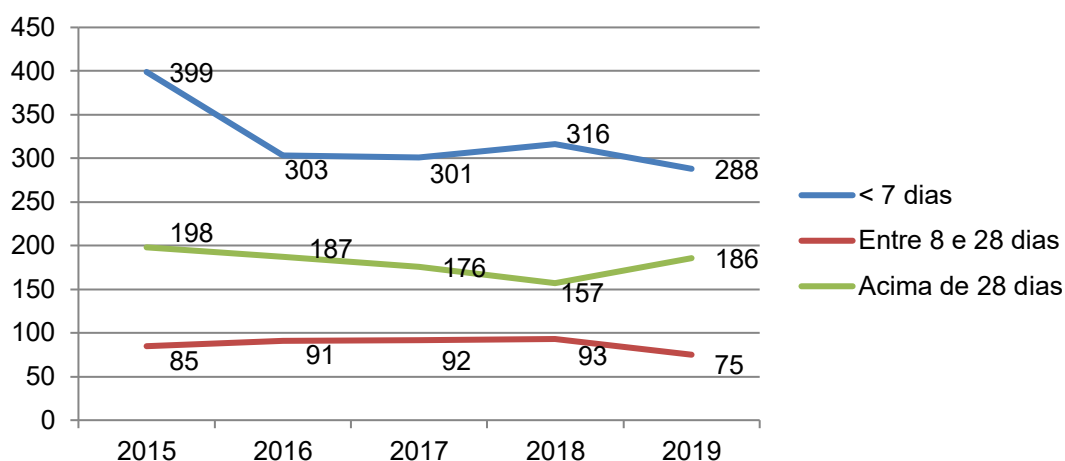
Gráfico 36 - Taxa de óbitos na infância por componente – Rio Grande do Norte, 2016 a 2018.



Fonte: SINASC/SIM WEB * Sujeito a revisão

A mortalidade neonatal, que corresponde aos óbitos ocorridos nos primeiros 28 dias de vida, ainda reflete a fragilidade do sistema de serviços de saúde do Estado, uma vez que o óbito de um recém-nascido é, na maioria das vezes, resultado de doenças e condições intimamente associados à qualidade dos cuidados da gestação ao parto e durante a internação neonatal.

Observando os dados de 2019, do total de óbitos infantis (549), 363 ocorreram nos primeiros 28 dias de vida, o que corresponde a 66%. E se aplicarmos esse mesmo cálculo para os anos anteriores, encontraremos a mesma média de 70% de óbitos neonatais em relação aos óbitos infantis totais.

Gráfico 37- Óbitos infantis, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.

Fonte: SIM, atualização em 13/05/2020

A taxa de mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) vem mantendo níveis elevados em torno de 6,5/1000 NV por ano que passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais, e representa entre 60% e 70% da mortalidade infantil em todas as regionais de saúde do estado.

A distribuição dos óbitos infantis em menores de 1 ano por regional de saúde caracteriza-se pela homogeneidade das taxas por componente entre as regiões de saúde do estado, em que a neonatal precoce é a taxa mais elevada em todas as regionais, seguida da neonatal tardia e pós-neonatal, respectivamente. O detalhamento está apresentado nos quadros 1,2 e 3 a seguir por ano de ocorrência e por componentes para menores de 1 ano.

No ano de 2016 verifica-se que a maior taxa de mortalidade em neonatal precoce ocorre na V URSAP (9,95), mas a taxa de mortalidade infantil é maior na Grande Natal, conforme tabela 12.

Tabela 12. Taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano por componente e regional de saúde – Rio Grande do Norte, 2016.

2016	Tx Neo precoce	Tx Neo tardia	Tx Pós-neonatal	Σtx MI <1a
	0-6 dias	7-27 dias	28 d a < 1a	
I URSAP	5,3	1,27	4,19	10,76
II URSAP	6,53	2,13	4,9	13,56
III URSAP	7,7	2,56	2,85	13,11
IV URSAP	6,32	1,8	2,7	10,82

V URSAP	9,95	1,9	3,45	15,3
VI URSAP	3,5	1,6	2,86	7,96
VII GRANDE NATAL	7,03	2,15	4,5	13,68
RIO GRANDE DO NORTE	6,67	2	4,11	12,78

Fonte: SINASC/SIM WEB *Sujeito a revisão

Em 2017 não observam-se diferenças significativas para o componente neonatal precoce. No entanto, verifica-se que I URSAP apresenta as taxas mais elevadas do estado para o componente neonatal precoce e para a mortalidade infantil, conforme Tabela 13.

Tabela 13 – Taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano por componente e regional de saúde – Rio Grande do Norte, 2017.

2017	Tx Neo precoce	Tx Neo tardia	Tx Pós-neonatal	$\sum tx MI < 1a$
	0-6 dias	7-27 dias	28 d a < 1a	
I URSAP	7,5	3,6	4,8	15,9
II URSAP	6,7	1,9	3,9	12,5
III URSAP	6,1	0,9	4,7	11,7
IV URSAP	5,6	0,9	3,8	10,3
V URSAP	5,8	1,9	4,2	11,9
VI URSAP	4,9	2,5	1,8	9,2
VII GRANDE NATAL	6,8	1,9	3,7	12,4
RIO GRANDE DO NORTE	6,5	2	3,8	12,3

Fonte: SINASC/SIM WEB * Sujeito a revisão

E, por fim, o ano de 2018, onde se destaca a VI URSAP como a regional de saúde com mais elevadas taxas de mortalidade neonatal precoce e infantil, o inverso do que ocorreu no ano de 2017 para esta região (Tabela 14).

Tabela 14 – Taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano por componente e regional de saúde – Rio Grande do Norte, 2018.

2018	Tx Neo precoce	Tx Neo tardia	Tx Pós-neonatal	Σ tx MI <1a
	0-6 dias	7-27 dias	28 d a < 1a	
I URSAP	7,1	1,4	2,5	11
II URSAP	4,2	1,6	4,4	10,2
III URSAP	7,3	2,5	2,8	12,6
IV URSAP	9,2	2,3	2,2	13,7
V URSAP	7,1	1,2	1,2	9,5
VI URSAP	8,8	1,8	4,7	15,3
VII GRANDE NATAL	6,5	2,3	3,5	12,3
RIO GRANDE DO NORTE	6,6	2	3,3	11,9

Fonte: SINASC/SIM WEB * Sujeito a revisão

A taxa de mortalidade infantil é um indicador de fundamental importância para se avaliar a qualidade de vida, pois, por meio dele, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, alimentação adequada, entre outros.

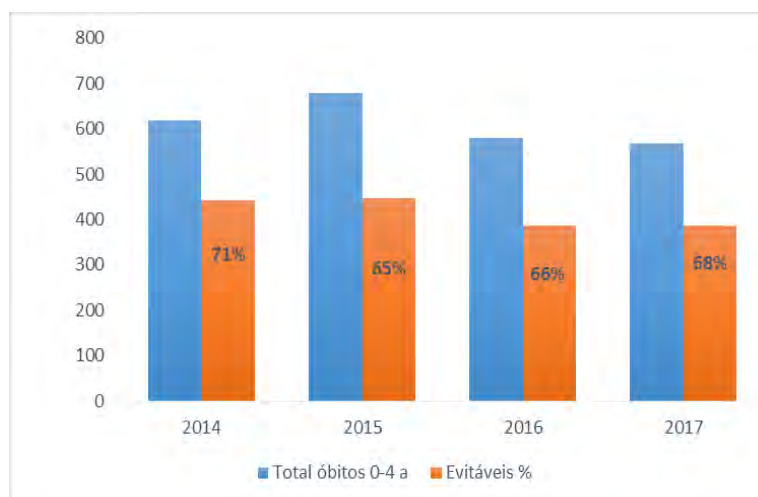
No entanto, a mortalidade neonatal, que corresponde às mortes ocorridas nos primeiros 27 dias de vida do bebê, não apresentou queda expressiva, com redução de menos de 1% ao longo do referido período, haja vista que ações citadas anteriormente não causam impacto nesse grupo de risco. As taxas no período, apesar de apresentar certa estagnação, ainda são elevadas, com causas evitáveis relacionadas ao cuidado em saúde na gestação, parto e nascimento entre as principais causas de morte.

No que se refere aos óbitos ocorridos em maiores de 1 ano até 4 anos de idade, verifica-se que no Brasil 85% dos óbitos ocorrem no primeiro ano de vida e 15% até os 4 anos de idade (BRASIL/SVS, 2018). As principais causas de morte na infância no ano de 2015, são: Prematuridade (3,18), anomalias congênitas (3,06), asfixia e trauma no nascimento (1,93), Septicemia e outras infecções neonatais (1,69), respectivamente (FRANÇA et al, 2017).

A maior parte destas mortes é formada pelos óbitos infantis por causas evitáveis. Consideram-se óbitos infantis evitáveis aqueles que por ações efetivas dos serviços de saúde poderiam ter sido redutíveis. Para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, elaborou uma lista de causas de mortes evitáveis por intervenções, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de identificação e sistematização (MALTA et al, 2010).

No Rio Grande do Norte, ainda que as taxas de óbitos infantis após os 28 dias de nascidos até um ano apresentem queda, os percentuais de evitabilidade destes óbitos se mantêm altos (Gráfico 38).

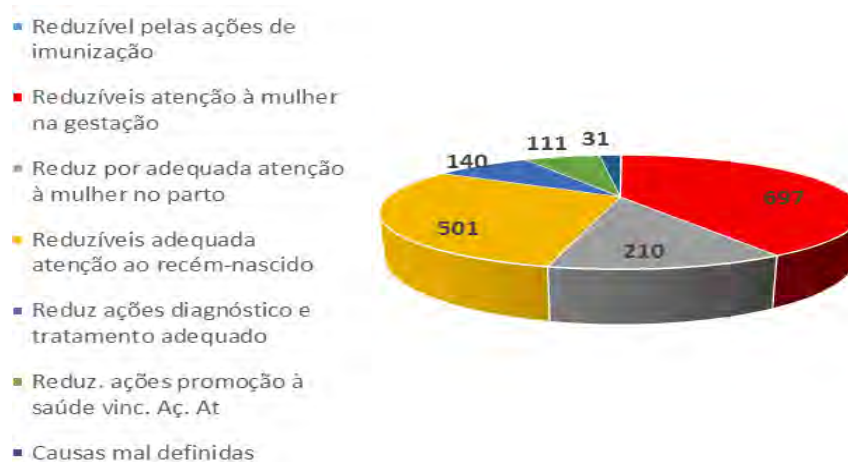
Gráfico 38 – Percentual de óbitos infantis, segundo evitabilidade na faixa etária de 0 a 4 anos - Rio Grande do Norte, 2014-2017.



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

A evitabilidade para óbitos em menores de 4 anos no estado apresenta tendência de crescimento no referido período em que o percentual de óbitos infantis evitáveis no ano de 2017 se aproxima do percentual de mortes evitáveis ocorridas em 2014, onde em cada 10 óbitos, sete poderiam ter sido evitados. As principais causas evitáveis de mortes infantis podem ser observadas no Gráfico 39, a seguir.

Gráfico 39 – Número de óbitos infantis por causas evitáveis, faixa etária de 0 a 4 anos - Rio Grande do Norte, 2014-2017.



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

O fato de a maior parte dos óbitos se concentrar no primeiro mês de vida evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto para a redução da mortalidade na infância.

Verifica-se ainda que há uma elevada participação das causas perinatais como a prematuridade, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto, em geral preveníveis por meio de assistência à saúde de qualidade.

Mesmo que as coberturas do atendimento pré-natal e ao parto hospitalar sejam elevadas, as taxas de mortalidade neonatal são elevadas, necessitando do direcionamento de ações estratégicas adicionais a fim de melhorar o acesso à assistência ao parto com qualidade e ampliar a integração entre as ações desenvolvidas na atenção primária e os serviços de atenção ao parto são fundamentais para a redução da mortalidade neonatal no país.

A peregrinação em busca de assistência hospitalar para o parto, o atraso na realização do parto, dentre outros indicam falhas na linha de cuidado da gestante e desarticulação entre os níveis de atenção ambulatorial e hospitalar, reforçando a necessidade de uma gestão integrada das redes de atenção à saúde para potencializar as capacidades municipais em atender, com qualidade, à gestação, ao parto e ao nascimento.

A elevada magnitude da mortalidade neonatal reflete a situação socioeconômica em que vive a maioria da população no estado, mas, sobretudo as condições desfavoráveis da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido.

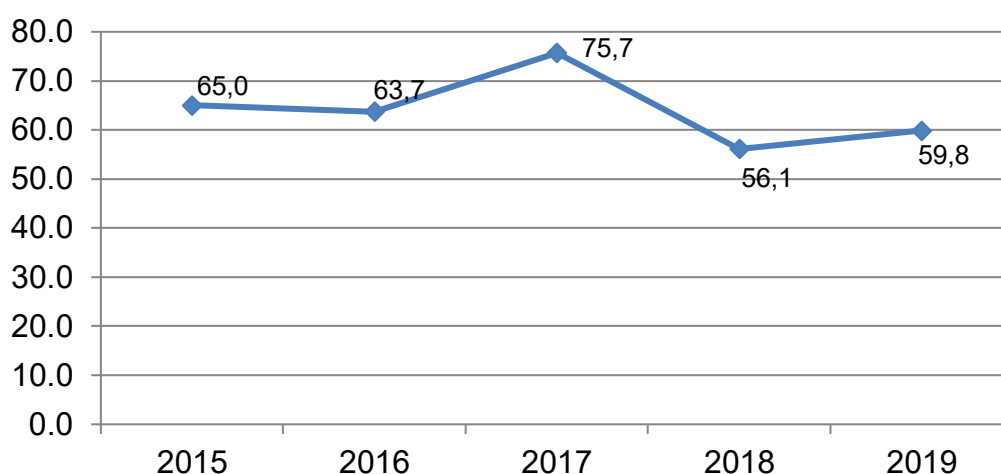
O fortalecimento da rede de atenção perinatal, com a continuidade do cuidado integral desde o pré-natal da gestante à assistência neonatal é uma estratégia que deve ser reorganizada, priorizada e pactuada nas CIR e CIB para diminuição destas taxas no Rio Grande do Norte. Políticas públicas intersetoriais e de saúde específicas para o estado devem ser elaboradas, continuadas, avaliadas e aprimoradas para a maior redução da mortalidade na infância.

5.1.3.4. Mortalidade Materna

A redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

No Rio Grande do Norte a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 65,0 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2015; 63,7 em 2016; 75,7 em 2017; 56,1 em 2018 e segundo os dados ainda preliminares, 2019 apresenta 59,8 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos (Gráfico 40).

Gráfico 40– Razão da mortalidade materna, Rio Grande do Norte, 2015 a 2019.



Fonte: SIM, atualização em 13/05/2020

5.2. Vigilância à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no RN

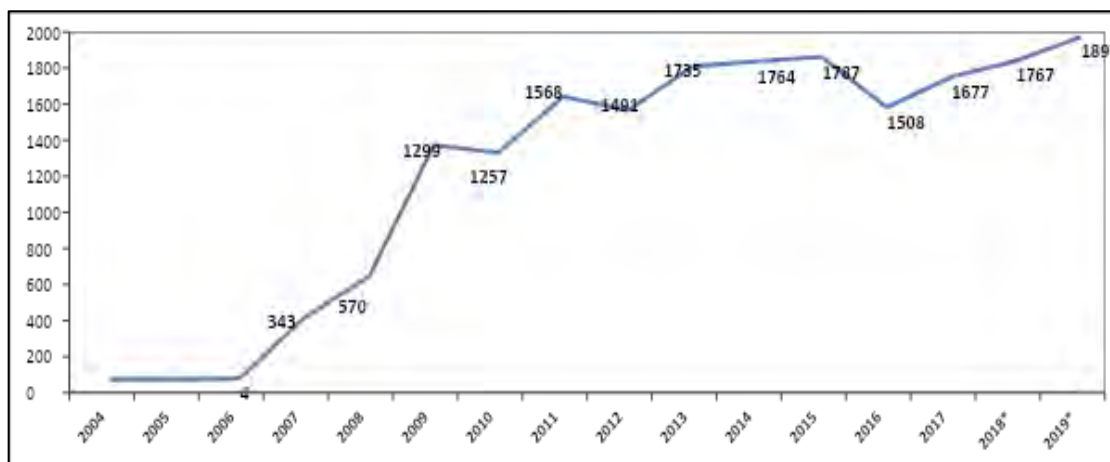
No Rio Grande do Norte a caracterização da população economicamente ativa é de 60,2%, sendo, 58,9% homens e 41,1% de mulheres. Já a população economicamente ativa desocupada é de 30,1% e a população economicamente inativa é de 9,7%. Desta forma temos em nosso Estado 1.238.314 trabalhadores e trabalhadoras que necessitam de ações de vigilância, prevenção, promoção e recuperação de possíveis adoecimentos relacionados às suas atividades laborais. Em sua maioria os nossos trabalhadores e trabalhadoras realizam atividades tais como: agricultura, pecuária, pesca, aquicultura, construção civil, educação, entre outras como mostra o gráfico 41.

Gráfico 41. Atividades dos trabalhadores do RN.



Fonte: IBGE, PNAD (atualizado em 19/12/2012).

Em relação às notificações de agravos relacionados ao trabalho houve um aumento no número de municípios notificantes, no período de 2016 a 2019 como mostra gráfico 42.

Gráfico 42 – Número de notificações de agravos relacionados ao trabalho.

Fonte: SINAN/SUVIGE/CEREST/CPS/SESAP. *Dados sujeito a revisão/Atualizado em 12/11/2019.

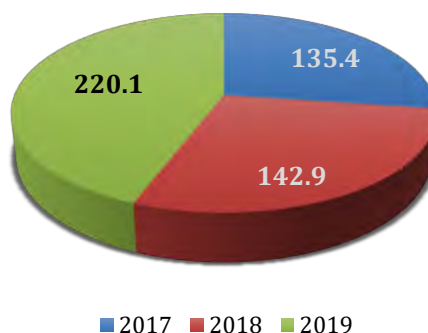
Todavia o Estado ainda não atingiu o percentual recomendado pelo Ministério da Saúde que é de 80% dos municípios notificando. Observamos conforme gráfico abaixo que as notificações em sua maioria são feitas na capital do Estado, o que podemos constatar a presença de mais equipamentos da Rede de Atenção à Saúde e uma maior sensibilização da política.

5.2.1. Incidência de doenças e agravos relacionados ao trabalho

De modo geral observa-se uma tendência de elevação, do risco de um indivíduo adoecer e/ou se acidentar durante sua atividade de trabalho. Como o indicador baseia-se na notificação de ocorrências dos agravos relacionados ao trabalho e depende das condições técnicas e operacionais para a detecção, notificação e confirmação de casos, fica claro a subnotificação expressiva, principalmente das doenças, considerando, neste caso, fatores que dificultam, tanto o diagnóstico, como o nexos causal, porém, uma melhoria na captação dos casos, é observada, especialmente as lesões/dor e transtornos mentais relacionados ao trabalho, que tiveram como indutor, ações específicas realizadas pelo Cerest Estadual. Outro fator que pode prejudicar a medição do indicador é a falta de participação dos municípios nos registros. Neste sentido e considerando fatores de

ordem organizacionais, administrativos e de recursos humanos, estas informações ainda são pouco utilizadas para subsidiar as ações de VISAT no Estado.

Gráfico 43 – Coeficiente de Doenças e Agravos relacionados ao Trabalho no Rio Grande do Norte, 2017-2019.

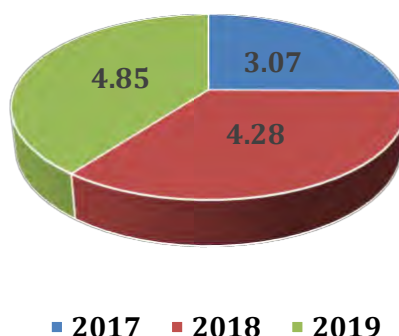


Fonte: SINAM, 2020.

5.2.2. Incidência por intoxicação exógena relacionada ao trabalho

Para este indicador observa-se uma tendência de redução do risco de se intoxicar por substâncias exógenas durante a atividade de trabalho. Porém, fatores relacionados às condições técnicas e operacionais para a detecção, notificação e confirmação de casos, pode levar a uma subnotificação expressiva, dentre os quais está a falta de uma ficha específica para a notificação de Intoxicação Exógena relacionada ao trabalho, o que leva ao subregistro do campo 56, na ficha de notificação atual do SINAN. As análises mostram que houve uma queda na captação dos casos e na qualidade de preenchimentos dos campos, principalmente “ocupação”, que não é específica de saúde do trabalhador.

Gráfico 44 – Coeficiente de Incidência por Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho no Rio Grande do Norte, 2017-2019.



Fonte: SINAM, 2020.

5.2.3. Coeficiente de mortalidade por acidente de trabalho

Observa-se significativa subestimação dos óbitos por acidentes de trabalho, a magnitude do problema é ainda maior para os trabalhadores não cobertos pela seguridade social, entre os quais são observados elevados e ainda mais invisíveis coeficientes de mortalidade por acidentes de trabalho.

Tabela 15 – Coeficiente de mortalidade por acidente de trabalho.

REGIONAL NOTIFICAÇÃO	2017	2018	2019
1ª Região	0,8	1,7	0,8
2ª e 8ª Região	Sem informação		
3ª Região	0,9	0	0
4ª Região	Sem informação		
5ª Região	0	0	0
6ª Região	1,2	0	1,2
7ª Região	Sem informação		

Fonte: Ministério da Saúde / DATASUS/ SIM, 2020.

A subnotificação resulta do preenchimento incorreto das Fichas de Investigação e Declaração de Óbito, quando se omite que o acidente de trabalho resultou em morte e/ou que a morte relacionou-se ao trabalho.

5.3. Vigilância em Saúde Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental consiste em um conjunto de ações, nesse contexto a nível estadual, que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

5.3.1 Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (VIGIAR)

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. Considerando indicadores ambientais (fontes fixas e móveis de poluição) e de saúde (taxas de morbimortalidade por agravos respiratórios) de maior relevância para o VIGIAR, foi utilizado no Rio Grande do Norte o Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR), por meio do qual se identificou que, no estado, se destacam a frota veicular e a fabricação de produtos cerâmicos e olaria como fatores que contribuem para o aumento da poluição do ar, causando prejuízos para a saúde da população.

No que se refere às cerâmicas, a 4ª e a 8ª Regiões de Saúde são as mais afetadas, enquanto a 7ª Região apresenta o maior percentual do número de veículos no estado (cerca de 45%), seguida da 2ª Região, com cerca de 17%. Além disso, 74% da população reside em municípios de risco crítico para a frota veicular, a qual tem aumentado em taxas maiores que a de aumento da população. Já a 2ª, a 3ª e a 6ª Regiões de Saúde apresentaram os maiores percentuais de focos de queima de biomassa.

Apesar de haver subnotificação dos indicadores de saúde, observou-se que mais da metade da população reside em municípios com alto risco quando consideradas as taxas de mortalidade por agravos respiratórios, tanto a taxa geral como a mortalidade em idosos. Quanto às taxas de morbidade por agravos

respiratórios, cerca de 41% da população reside em municípios de alto risco quando consideradas as internações em menores de 5 anos.

Em 2018, foi realizado um levantamento de municípios prioritários para o VIGIAR, os quais estão listados no quadro 2. Foram considerados os seguintes critérios: pontuação obtida na aplicação do IIMR 2015, número de indústrias cerâmicas, razão entre a frota veicular e a população, população estimada, razão entre o número de focos de queima de biomassa e área territorial e municípios que são sedes de regionais. Dos 10 municípios selecionados, 3 pertencem à 7ª Região de Saúde e 3, à 4ª Região, além de municípios da 1ª, 2ª, 5ª e 8ª (sendo um de cada).

Quadro 02: Municípios prioritários para o VIGIAR e suas respectivas Regiões de Saúde.

MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE
São José de Mipibu	1ª Região
Açu	8ª Região
Mossoró	2ª Região
Caicó	4ª Região
Currais Novos	
Parelhas	
Santa Cruz	5ª Região
São Gonçalo do Amarante	7ª Região
Parnamirim	
Natal	

Fonte: SUVAM/CPS/SESAP.

Outra ferramenta do VIGIAR é a implantação de unidades sentinela (US), que são unidades de saúde que exercem a vigilância epidemiológica de casos de doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos e em idosos (maiores de 60 anos), que apresentem sintomas respiratórios que podem estar associados a outros sintomas e aos agravos de asma, bronquite e infecção respiratória aguda.

Desde novembro de 2015, foram implantadas 4 unidades sentinela do VIGIAR no município de Natal, que funcionam no Hospital Municipal de Natal, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Cidade da Esperança, na UPA Potengi e na UPA Pajuçara. Até a presente data (17/12/19), foram preenchidas 53.463 fichas de atendimentos por doenças respiratórias em menores de 5 anos. Esses dados de monitoramento estão compondo uma série histórica e indicam que as zonas administrativas norte e oeste destacam-se pelo número de pacientes residentes nessas zonas que foram atendidos pelas US. Conforme dados da Secretaria de Meio Ambiente e Urbanismo de Natal, essas zonas possuem condições socioeconômicas (como rendimento salarial e saneamento básico) piores que as encontradas nas zonas leste e sul, o que contribui para o adoecimento da população com maior frequência.

5.3.2. Vigilância em Saúde de populações expostas a áreas contaminadas (VIGISOLO)

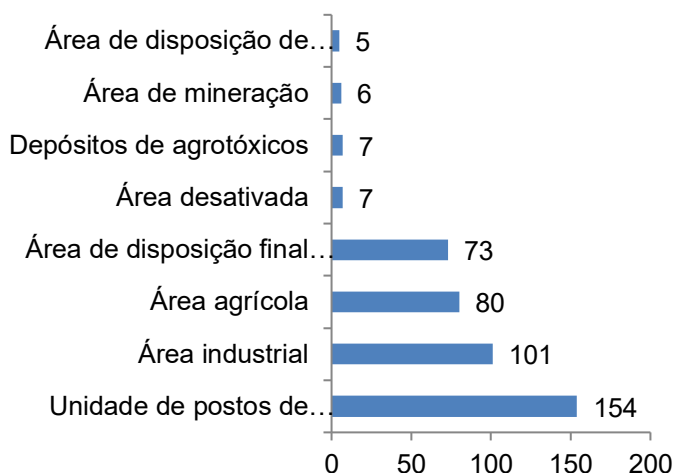
A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas (VIGISOLO) desenvolve ações que visam a adoção de medidas de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e atenção integral, no que se refere a populações expostas a áreas contaminadas. A principal ferramenta do VIGISOLO é o cadastramento de áreas com suspeita ou confirmação de contaminação e com população exposta no Sistema de Informações de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (SISSOLO), por meio de uma ficha de campo.

De janeiro de 2006 a 12 de novembro de 2019, foram cadastradas 433 áreas do Rio Grande do Norte no SISSOLO, nos municípios de Açu, Canguaretama, Ceará Mirim, Extremoz, Macaíba, Mossoró, Natal, Parnamirim e São Gonçalo do Amarante. A maioria desses municípios está localizada na 7ª Região de Saúde, região na qual todos os municípios possuem áreas cadastradas e que concentra mais de um terço da população do estado.

O gráfico 45 mostra as categorias em que se inserem as áreas cadastradas. A maioria delas abrange postos de abastecimento de combustíveis, tendo em vista um trabalho específico que foi realizado pelo município de Natal para cadastramento

de todos os postos e para encaminhamento de ações em conjunto com o órgão ambiental municipal, visando a adequação ambiental desses postos e a consequente diminuição da exposição da população aos poluentes. Também se destacam as categorias de área industrial, área agrícola e área de disposição final de resíduos urbanos.

Gráfico 45: Categorias das áreas cadastradas no SISOLO.



Fonte: SISOLO

5.3.3. Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Desastres (VIGIDESASTRES)

A Vigilância em Saúde Ambiental dos riscos associados aos desastres, estabelece estratégias para a atuação em eventos de origem natural (inundações, seca e estiagem, deslizamentos, dentre outros) e tecnológica (acidentes com produtos químicos, emergências radiológicas, rompimento de barragens). Propõe-se atuar na definição das estratégias de gestão do risco, contemplando ações de redução do risco, manejo dos desastres e recuperação dos seus efeitos.

No Rio Grande do Norte a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada aos riscos decorrentes de desastres está consolidando a análise de cenários de risco à saúde decorrentes de eventuais desastres, buscando definir municípios prioritários, em razão de suas vulnerabilidades aos determinantes físicos, biológicos e sociais, buscando o fortalecimento destes municípios em dispor de respostas oportunas para cada tipologia específica.

Contudo, com o derramamento de petróleo ocorrido recentemente na costa do Rio Grande do Norte, todos os esforços concentraram-se nas ações imediatas de preparação e resposta. Até o momento foram atingidas 79 localidades de 15 municípios conforme Tabela 16.

Tabela 16: Quantidade de localidades afetadas pelo derramamento de óleo na costa do Rio Grande do Norte.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	LOCALIDADES
1ª Região	Baía Formosa	05
	Canguaretama	02
	Nísia Floresta	17
	Senador Georgino Avelino	03
	Tibau do Sul	11
2ª Região	Areia Branca	01
	Tibau	01
3ª Região	Caiçara do Norte	01
	Maxaranguape	07
	Rio do Fogo	05
	Touros	04
	Ceará-Mirim	02
7ª Região	Extremoz	07
	Parnamirim	03
	Natal	10

Fonte: Não-Biológicos/SUVAM, Adaptado de IBAMA, 2019

Esse é um evento incomum e inesperado dada a ocorrência e disponibilidade do petróleo cru no ambiente. E os efeitos à saúde humana decorrentes desse desastre podem gerar impactos a curto, médio e longo prazo, considerando a intoxicação por contato, inalação ou ingestão, sendo necessário assim, a realização de ações intersetoriais.

5.3.4 Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano (VIGIAGUA)

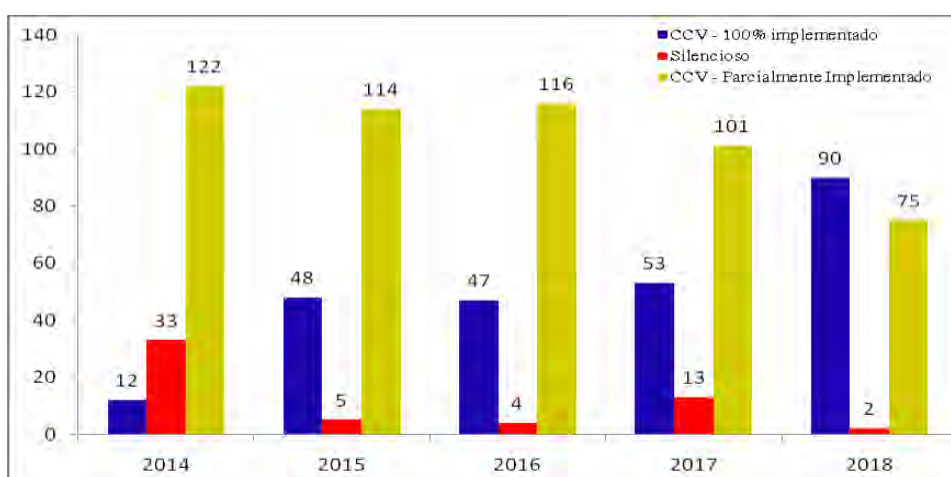
A Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o consumo de água compatível com o padrão de potabilidade,

estabelecido na legislação vigente (Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº. 5, anexo XX, de 03 de outubro de 2017), como parte integrante das ações de prevenção dos agravos transmitidos pela água e de promoção da saúde, previstas no Sistema Único de Saúde (SUS). As ações do Vigiagua são desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais, e do Distrito Federal e pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2019).

O Vigiagua possui um sistema de informação, Sisagua, que tem como finalidade auxiliar o gerenciamento de riscos à saúde a partir dos dados gerados rotineiramente pelos profissionais do setor saúde (Vigilância) e responsáveis pelos serviços de abastecimento de água (Controle) e da geração de informações em tempo hábil para planejamento, tomada de decisão e execução de ações de saúde relacionadas à água para consumo humano (Brasil, 2019).

O percentual de municípios do Estado com o programa Vigiagua implementado aumentou de pouco mais de 7%, em 2014, para aproximadamente 54%, em 2018. Já o percentual de municípios com o programa parcialmente implementado diminuiu de aproximadamente 73%, em 2014, para 45%, em 2018. Os silenciosos eram quase 20%, em 2014, e, em 2018, foram inferior a 2% (Gráfico 46).

Gráfico 46. Evolução da implementação do Programa Vigiagua nos municípios do RN entre os anos de 2014 a 2018.

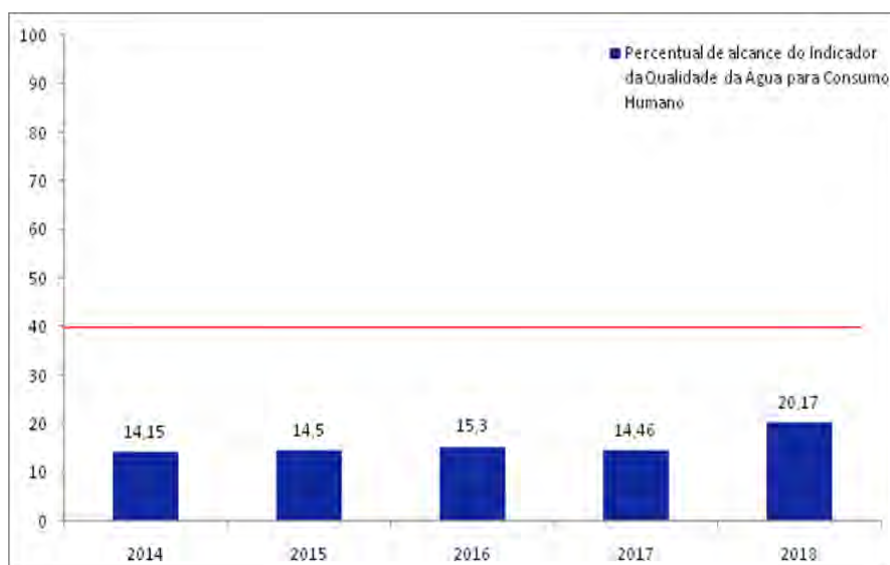


Fonte: SISAGUA, 2019.

A resolução CIT nº 08, de 24 de novembro de 2016, dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde.

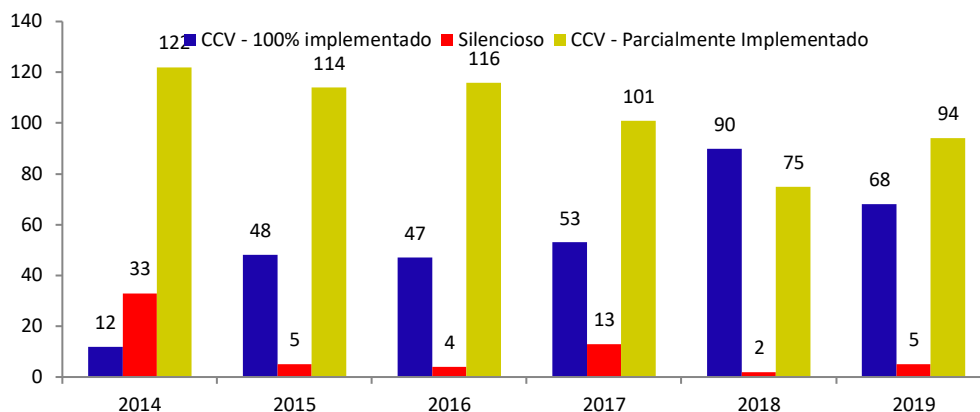
Entre os 23 indicadores de saúde relacionados nessa resolução, está o indicador do Programa Vigiaqua, que se refere ao alcance do percentual dos parâmetros básicos de qualidade da água para consumo humano: coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. O valor de referência para o alcance do percentual desses parâmetros, para cada município, varia de acordo com o número de habitantes e está expresso no Plano de Amostragem, disponível no Sisagua. O estado do Rio Grande do Norte apresentou melhoria no alcance do indicador do programa Vigiaqua entre os anos de 2014 a 2018, passando de 14,14% para 20,17%. No entanto, esse percentual ainda é baixo, se considerarmos que a proposta de pactuação para esse indicador no ano de 2018 foi de 40%.

Gráfico 47 – Evolução do alcance do indicador do Programa Vigiaqua no RN entre os anos de 2014 a 2018.



Fonte: SISAGUA, 2019

Gráfico 48 – Comparação da implementação do Programa Vigiaqua nos municípios do RN, em 2019, parcialmente, e entre os anos de 2014 a 2018.



Fonte: SISAGUA, 2019.

5.3.5. Monitoramento Ambiental de Contaminantes e Patógenos de Interesse em Saúde Ambiental

A) Agrotóxicos

O Monitoramento de agrotóxicos em água para consumo é realizado em municípios prioritários, identificados a partir do Plano Estadual de Vigilância de Populações Expostas aos Agrotóxicos do Rio Grande do Norte. As coletas realizadas são enviadas ao Instituto Evandro Chagas – IEC no Pará. São analisados 13 dos 27 agrotóxicos previstos na Portaria de Potabilidade da Água (PRT MS/GM 05/2017, anexo XX): Alacloro; LDRIN e Dieldrin; Atrazina; DDT + DDD + DDE; Endrin; Endossulfan (A, B e sais); Lindano (gama HCH); Metolacolor; Metamidofos; Parationa metílica; Pendimetalina; Profenofós e Terbufós.

O monitoramento iniciou no ano de 2014, em 18 municípios: Açu; Apodi; Arês; Baía Formosa; Baraúna; Boa Saúde; Canguaretama; Ceará-Mirim; Currais Novos; Goianinha; Macaíba; Mossoró; Natal; Nísia Floresta; São José do Mipibu; Serra do Mel; Touros e Vera Cruz.

B) Cianobactérias

O Monitoramento de Cianobactérias foi efetivado de forma contínua neste ano de 2019. Estão envolvidos neste monitoramento os municípios de Natal, com coletas

realizadas na Lagoa de Extremoz, e Nísia Floresta, com coletas na Lagoa do Bonfim. A Vigilância Ambiental Estadual, por meio do Setor de Fatores de Riscos Não Biológicos e o LACEN apoiam o monitoramento através da realização das coletas conjunta com os municípios e análise quantitativa e qualitativa das cianobactérias.

A Portaria de Potabilidade da Água (PRT MS/GM 05/2017, anexo XX) determina como valor de referência a ocorrência de um número menor que 20.000 células/ml de cianobactérias na água bruto/ponto de captação. O laudo do monitoramento da Lagoa de Extremoz indicou uma ocorrência de um número menor que 10.000 células/ml de cianobactérias.

C) Patógenos de Interesse em Saúde Ambiental

O monitoramento dos patógenos de interesse em saúde ambiental ocorre sob demanda eventual (investigação de surtos relacionados à patógenos no ambiente) e por demanda fixa (*Vibrio cholerae* em efluentes).

No município de Natal o monitoramento de *Vibrio cholerae* está em fase de implantação, e com o apoio do Estado já foram realizados nas principais ETEs de Natal (UFRN, Ponta Negra, Baldo e Zona Norte). Já o monitoramento na ETE do Aeroporto Internacional Aluizio Alves é de competência do Estado.

Outros patógenos de interesse em saúde ambiental que já foram alvo de monitoramento na SUVAM foram: *Cryptosporidium*, Amebas de vida livre e *Chromobacterium violaceum*, além do *Vibrio cholerae* em manancial de abastecimento de água.

5.4. Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Norte é vinculada à Coordenadoria de Promoção à Saúde e sua missão é “Proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso”.

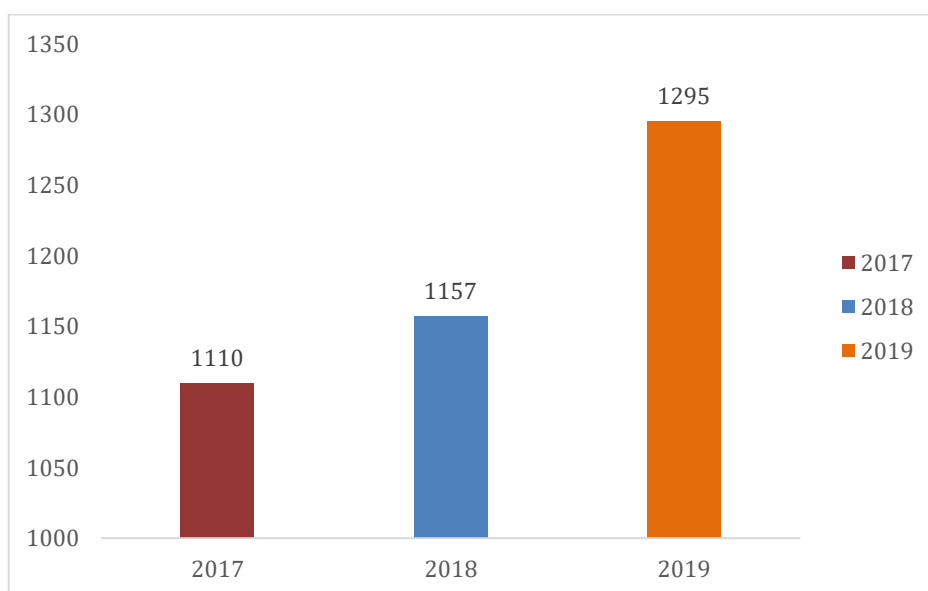
As ações da Vigilância Sanitária Estadual do RN (SUVISA) se dão em dois grandes eixos prioritários de ação, sendo o 1º, o da descentralização para os municípios das ações de gerenciamento dos riscos e o 2º, do Controle, eliminação

ou, na sua impossibilidade, redução dos riscos decorrentes do consumo de alimentos, produtos e serviços.

A maior parte dos municípios ainda não assumem as ações de VISA e isto impõe uma sobrecarga de trabalho para a Vigilância Sanitária Estadual e, conseqüentemente, a diminuição de sua capacidade de atuar sobre sua realmissão que é coordenar as ações a nível de Estado, assessorar tecnicamente os municípios e atuar sobre os riscos sanitários de forma complementar e suplementar.

A SUVISA executa ações de fiscalização, requerendo o exercício do poder de polícia sanitária; em consonância com esta peculiaridade, é um órgão arrecadador, sendo o único órgão arrecadador da SESAP/RN. Essa cobrança se dá por meio de taxas para emissão de Alvará Sanitário, análise de projeto arquitetônico, ingresso e baixa de responsável técnico, coleta de produtos por solicitação, encerramento de atividades, aditivo de contrato social, mudança de endereço e também proveniente de multas aplicadas a estabelecimentos infratores. Com relação a liberação dos Alvarás Sanitários, em 2017 a SUVISA emitiu 1.110 alvaras, em 2018 foram 1157 e em 2019 foram 1295.

Gráfico 49 - Alvarás Sanitários emitidos pela SUVISA nos anos de 2017, 2018 e 2019.



Fonte: SUVISA, 2020.

Com relação as inspeções dos estabelecimentos sujeitos à VISA, em 2017 foram realizadas 1.432 inspeções sanitárias, em 2018 foram realizadas 1.336 e em 2019 foram realizadas 1.350.

5.5. Serviço de Verificação de Óbito - SVO

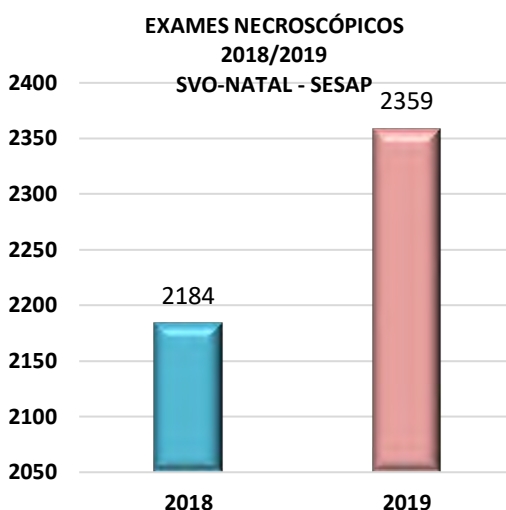
O estado do Rio Grande do Norte, segundo o IBGE (2009), tem uma população estimada de 3.168.027 habitantes (2010) e conta com dois Serviços de Verificação de Óbitos (SVO/RN): um em Natal, existente desde o ano de 1991 e subordinado à Secretaria de Estado da Saúde Pública e outro em Mossoró, fundado há três anos e gerido pela Secretaria Municipal.

O SVO-Natal/RN tem por missão a realização de necropsias de cadáveres de todos os municípios do estado pactuados, cujos óbitos tenham ocorrido em residência e sem acompanhamento médico, visando eliminar as causas de morte mal definidas. Sua ação mais importante se evidencia em situações de epidemias por enfermidades e agravos de notificação compulsória.

Também é sua função menor, a elaboração de diagnóstico anatomopatológico de casos que não sejam suspeitos de violência ou por causas externas, vindos de hospitais com menos de 72 horas de internamento e nos casos em que, mesmo internados por mais tempo, não tenham sido definidos os diagnósticos.

Uma das mais importantes missões decorrentes de exames cadavéricos é a certeza diagnóstica da etiologia de enfermidades que estão causando óbitos e a consequente informação à Vigilância em Saúde, visando seu mapeamento epidemiológico e a sua prevenção, como é o caso da dengue, por exemplo.

Gráfico 50 -Demonstrativo comparativo de número de exames necroscópicos entre os anos de 2018, 2019.



Fonte:Banco de dados do SVO-Natal/RN.

5.6. Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública

A título de empoderamento da assistência prestada pela rede de laboratórios do RN (RedeLab) aos cuidados da COHUR na qual possuem suas ações composta por unidades com perfis diversos, onde estão inseridos 21 laboratórios em unidades hospitalares, 02 unidades de referências (HEMONORTE e Centro de Reabilitação Infantil/Centro de Reabilitação Adulto), além dos Laboratórios de Citopatologia de Natal e Mossoró.

A RedeLab está entre os principais e mais utilizados recursos no apoio diagnóstico à prática clínica, o que traz repercussões importantes no cuidado ao paciente e custos ao sistema de saúde. A elevação de tais recursos orçamentários nos últimos anos contribui, substancialmente, para a inflação dos custos gerais da assistência à saúde. Sob o ponto de vista dos aportes financeiros, os repasses relativos à assistência representam o segundo maior gasto vinculado ao elenco de procedimentos do primeiro nível da média complexidade ambulatorial conforme descrito por gestores de todas esferas.

5.7. Atenção Primária à Saúde do Rio Grande Do Norte

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB 2017), a “A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”.

A Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

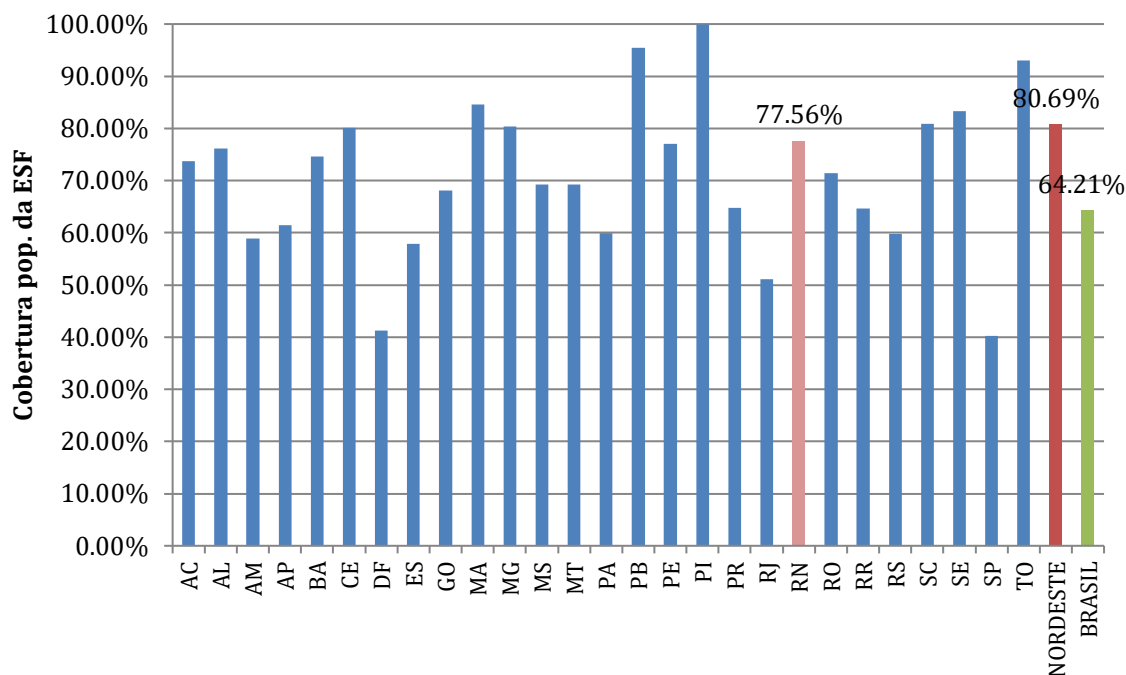
Os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, dentro da PNAB, são: ter um território adstrito; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção; adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade em seus vários aspectos; e estimular a participação dos usuários (controle social).

5.7.1. A Estratégia Saúde da Família

A estratégia prioritária na Atenção Básica para sua consolidação e expansão é hoje a Estratégia Saúde da Família, em suas variantes e equipes de apoio. O estado do Rio Grande do Norte, na questão do número de equipes da Estratégia

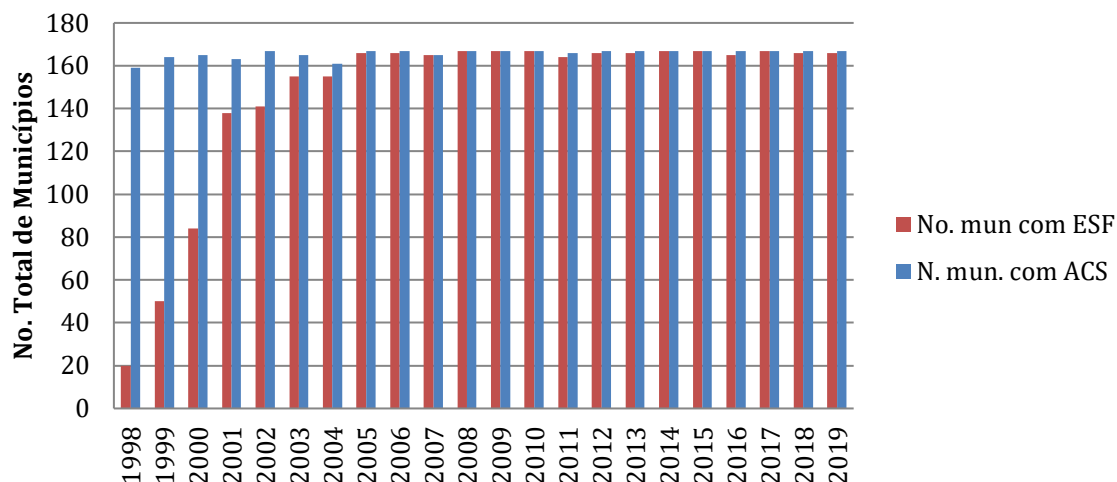
Saúde da Família (ESF) e sua cobertura populacional, tem se destacado, sendo um dos estados com maior cobertura do país e o sexto no Nordeste.

Gráfico 51– Cobertura da Estratégia Saúde da Família em setembro/2019 por UF

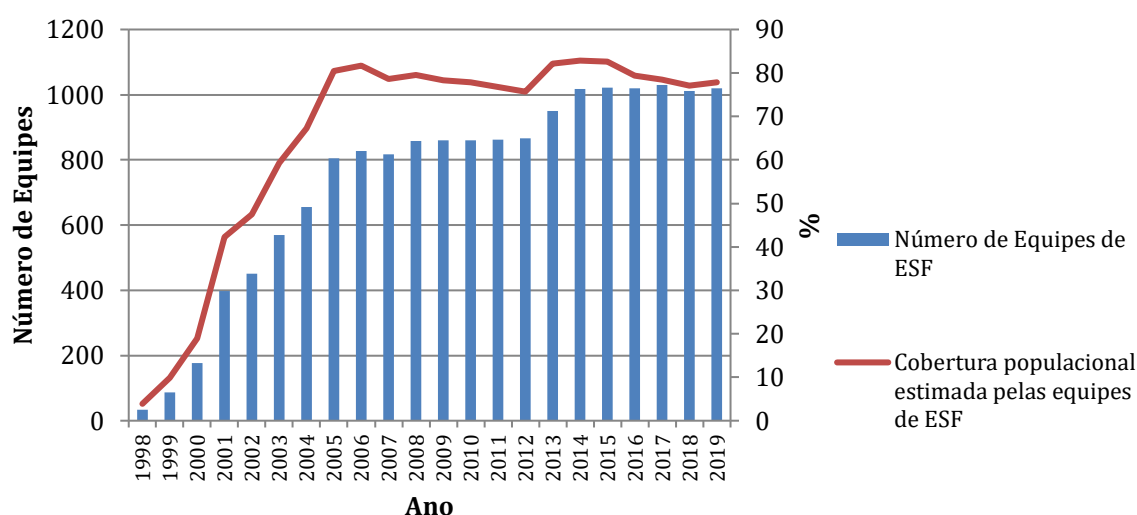


Fonte: SAPS/MS. Novembro/2019.

A implantação da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Norte se deu em 1998, quando em julho daquele ano havia 11 equipes em 7 municípios e chegando em dezembro do mesmo ano com 34 equipes em 20 municípios. A partir de então, houve um incremento ano a ano do número de municípios com equipes da ESF, e consequente aumento do número de equipes e cobertura, até 2007, quando os 167 municípios já possuíam alguma equipe, acompanhando a expansão que houve com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Gráfico 52 – Número de municípios com equipes da ESF e ACS no RN por ano.

Fonte: SAPS/MS. Novembro/2019.

Gráfico 53 – Número de equipes da ESF e cobertura populacional média estimada no RN por ano.

Fonte: SAPS/MS. Novembro/2019.

No estado do Rio Grande do Norte, a maior parte dos municípios (154 ou 92,22% do total) possui 100% de cobertura populacional estimada por equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF. Entre os anos de 2008 e 2011, o estado passou por um período de redução da cobertura da ESF, grandemente influenciada pela queda na cobertura da 7ª Região de Saúde, particularmente o município de Natal, que possui um grande peso sobre a cobertura estadual, devido ao porte populacional do município. Durante esse período, o município teve várias equipes inconsistentes, sendo substituídas por equipes do PACS com Saúde Bucal. A partir de

2012, houve um movimento contrário, com um crescimento da cobertura, novamente influenciada principalmente pela cobertura de Natal, que passou por um processo de recomposição de suas equipes, primeiro com a inserção dos profissionais do PROVAB e depois, a partir de 2013, com os profissionais do Programa Mais Médicos.

Já a partir de 2016, novamente a cobertura volta a diminuir, primeiramente devida a perda de equipes no município de Natal e dificuldades de reposição do Mais Médicos, que foi agravado em 2018, com o fim da Cooperação Basil-OPAS no Mais Médicos, retrocedendo a níveis próximos do ano de 2012.

Tabela 17 – Histórico de cobertura populacional estimada por equipes da ESF entre os anos de 2007 a 2019, por região de saúde. Novembro/2019.

REGIÃO DE SAÚDE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1a. S J Mipibu	99,90	99,91	99,95	99,46	100,00	98,02	99,49	99,91	99,90	100,00	100,00	100,00	99,90
2a. Mossoró	87,07	87,26	80,57	86,56	85,22	83,74	82,31	86,20	86,96	84,60	87,77	81,84	78,18
3a. João Câmara	98,87	99,64	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	95,42	99,74	86,32	98,42
4a. Caicó	89,76	89,56	92,28	92,06	92,58	93,72	100,00	100,00	100,00	98,58	100,00	100,00	100,00
5a. Santa Cruz	99,23	99,86	99,33	99,77	98,26	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
6a. Pau dos Ferros	99,93	100,00	99,92	98,46	99,36	97,30	99,93	99,12	97,57	92,48	94,80	95,75	93,78
7a. Natal	52,24	52,34	50,48	47,82	45,60	44,28	59,51	60,13	59,55	54,54	49,42	51,79	52,55
8a. Assú	84,53	97,86	99,25	98,94	100,00	100,00	100,00	99,25	100,00	100,00	99,85	97,05	95,28
RN	78,64	79,57	78,30	77,88	76,72	75,78	82,20	82,84	82,59	79,33	78,48	77,10	77,82

Fonte: SI-PNI, 2020.

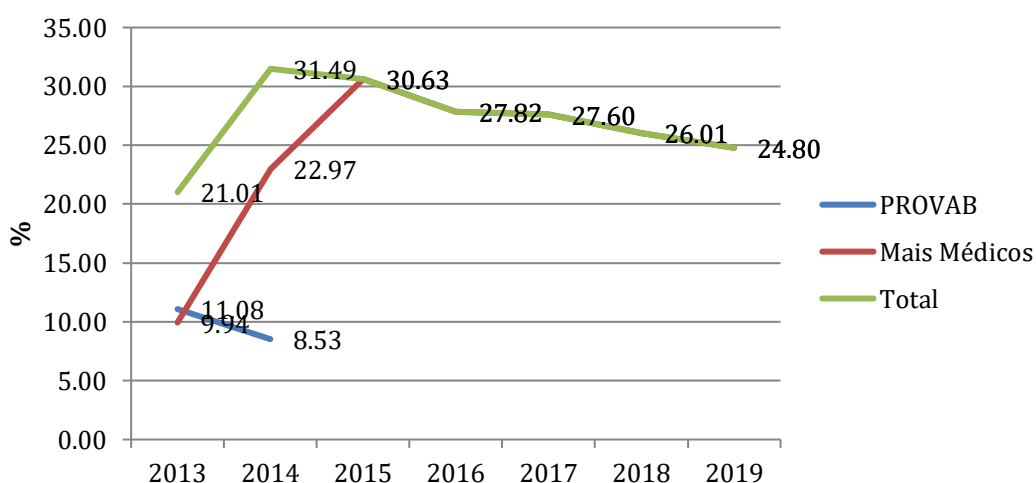
Para ampliar a cobertura da Atenção Básica, em particular a Estratégia Saúde da Família, e resolver o problema de consistir as equipes existentes nos municípios, que possuem uma dificuldade em encontrar profissionais médicos que se disponham a atender em municípios longe dos grandes centros e em áreas carentes, cumprindo a carga horária preconizada pela Política Nacional da Atenção Básica, o Ministério da Saúde desenvolveu primeiramente o Programa de Valorização da Atenção Básica

(PROVAB), em 2011, encerrando em 2015, e depois o Projeto Mais Médicos para o Brasil, com ações de provimento, formação e rediscussão da carreira profissional.

O processo de implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil no Estado do Rio Grande do Norte ocorreu no período de Setembro de 2013 até 2019, dividido, até o momento, em 18 Ciclos, contemplando, em 2019, noventa e quatro municípios do total dos 167 que compõem o Estado, totalizando 255 profissionais médicos em todas as Regiões de Saúde. Esses programas foram os responsáveis pelo aumento do número de equipes e de cobertura ocorridas a partir de 2013, até então estagnadas ou em queda.

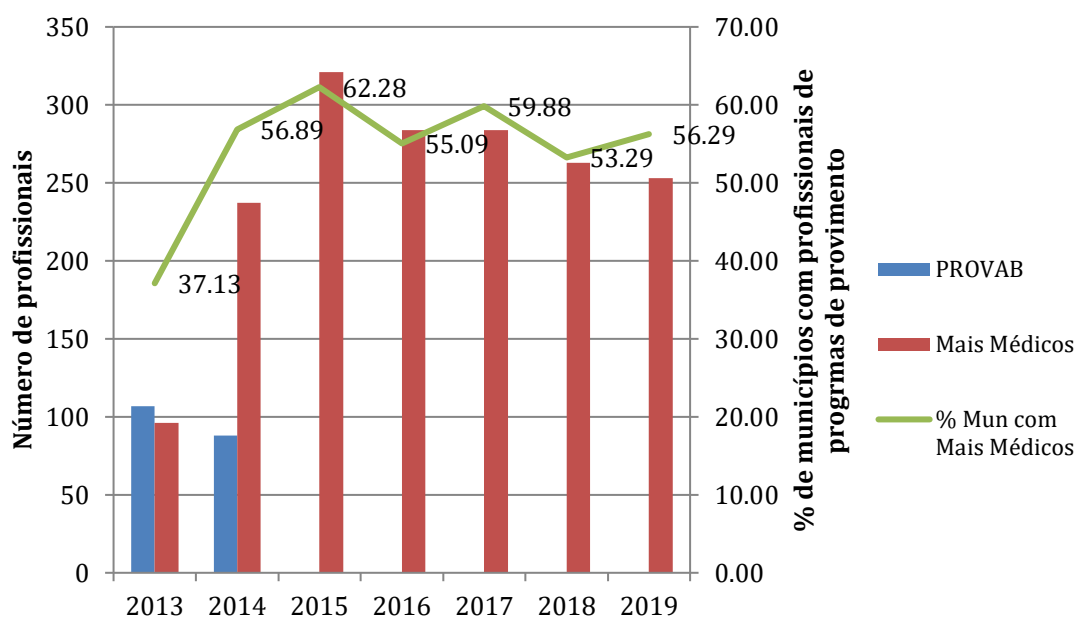
Em setembro de 2013, quando houve o primeiro ciclo do então Programa Mais Médicos, a grande maioria dos profissionais de programas de provimento provinha do PROVAB e compunha 21,73% das equipes consistidas da ESF, mas já em abril de 2014, 38,70% das equipes da ESF eram formadas por profissionais de programas de provimentos. Apesar do ápice ocorrido no 5º Ciclo do Mais Médicos, já em 2015, com o final do PROVAB, a proporção de equipes de ESF com profissionais do Mais Médicos era 30,63% e estabilizando em torno de 27,7% entre 2016 e 2017. Em 2018, com o final da cooperação Brasil-OPAS com o programa, houve novamente uma queda nessa proporção, que mesmo com novos ciclos não foi possível reconstituir a cobertura da ESF ou a proporção de equipes com profissionais do programa.

Gráfico 54 – Evolução da proporção de equipes com profissionais de programas de provimento no Rio Grande do Norte, considerando a competência dezembro dos anos de 2013 a 2018 e competência maio de 2019.



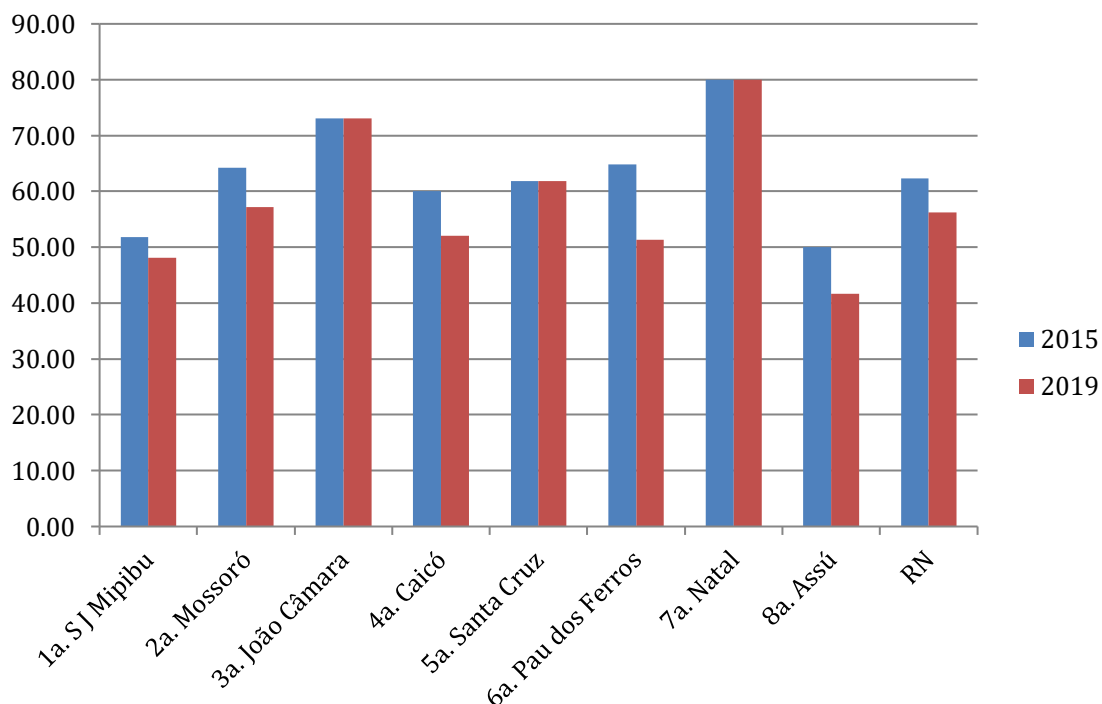
Fonte: CNES/SAPS/MS; CCE-RN; Novembro/2019.

Gráfico 55 – Número de profissionais por programas de provimento e proporção de municípios com esses profissionais entre 2013 e 2019.



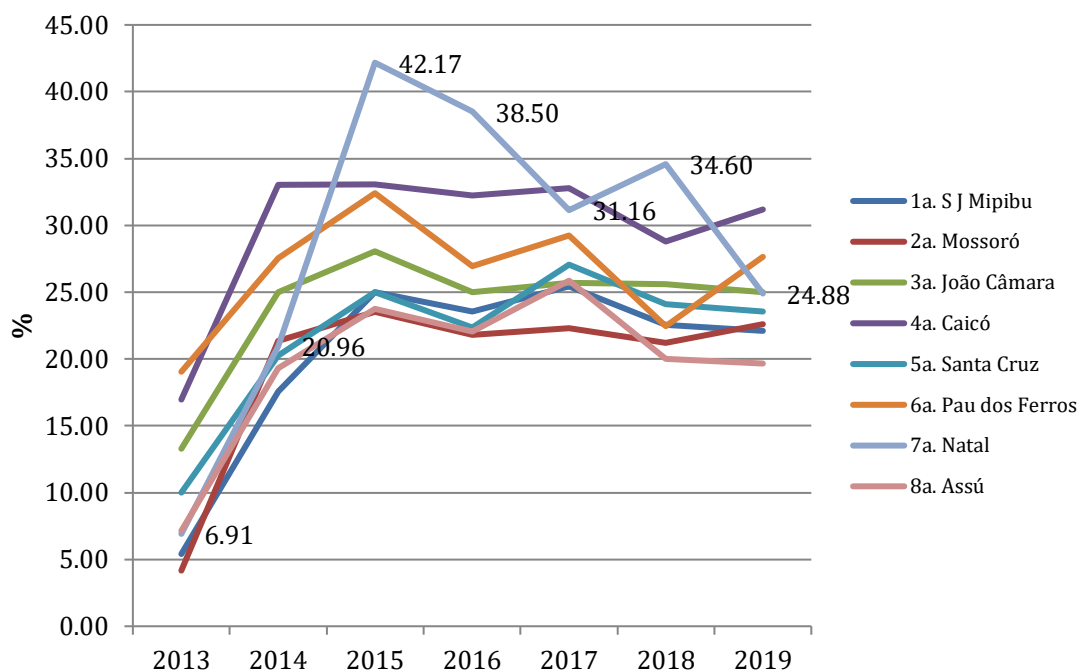
Fonte: CCE-RN. Novembro/2019.

Gráfico 56 – Proporção de municípios com profissionais dos programas de provimento por Região de Saúde em 2015, ano de maior adesão, e em 2019.



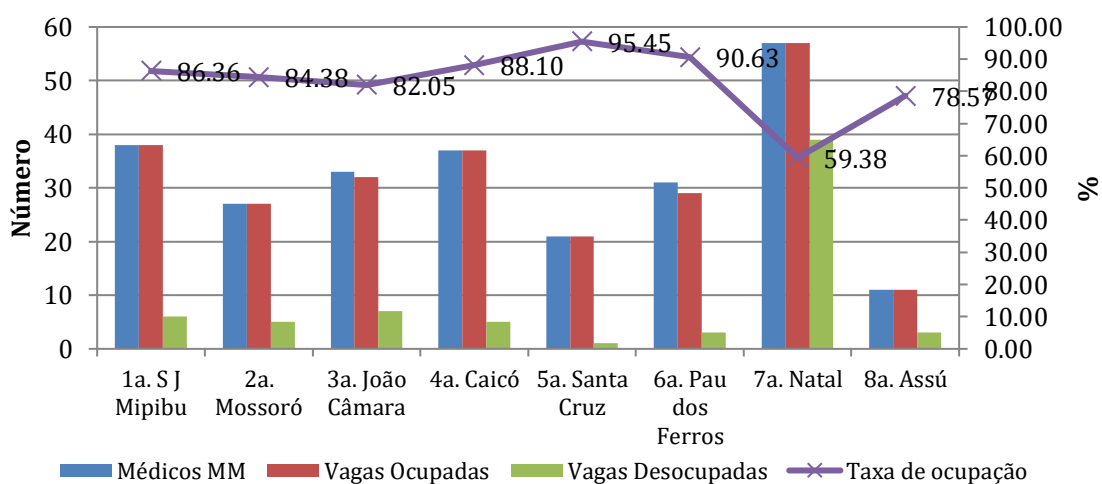
Fonte: CCE-RN, novembro 2019.

Gráfico 57 – Proporção de equipes com profissionais de programas de provimento por regiões de saúde, entre 2013 a 2019.



Fonte: CCE-RN. Novembro/2019.

Gráfico 58 – Médicos do programa Mais Médicos cadastrados no CNES em julho de 2019, o número de as vagas ocupadas do programa e vagas desocupadas e a taxa de ocupação por região de saúde, em 2019.

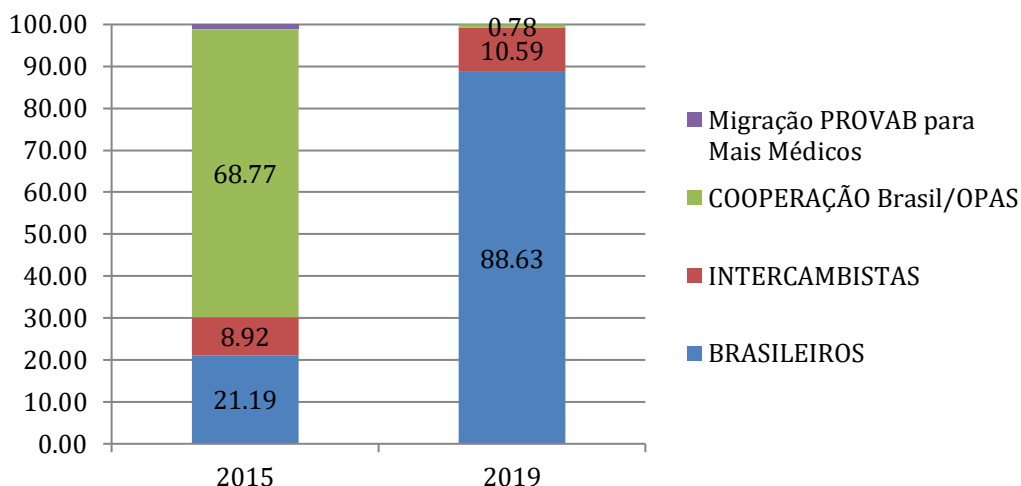


Fonte: CCE-RN.

Em relação à modalidade de adesão, percebe-se a mudança de perfil entre os anos de 2015 e 2019. Enquanto, em 2015, 68,77% dos profissionais faziam parte da Cooperação Brasil-OPAS, com o término do termo, a grande maioria dos

profissionais foi formada por brasileiros em 2019 (88,63%). Os intercambistas individuais, por outro lado, tiveram pouca mudança na composição do perfil desses profissionais, saindo de 8,92%, em 2015, para 10,59%, em 2019.

Gráfico 59 - Distribuição percentual dos profissionais segundo modalidade de adesão no Estado do Rio Grande do Norte no período de 2015 e 2019. Natal, novembro de 2019.



Fonte: CCE-RN. Novembro 2019.

Nos gráficos seguintes, apresentamos os dados referentes às modalidades de adesão ao Projeto, desagregados por Região de Saúde, nos anos 2015 e 2019, possibilitando observar algumas diferenças na composição dessas equipes em cada território. A 7ª Região de Saúde – Metropolitana é a que apresentava uma composição bem equilibrada entre os médicos brasileiros, intercambistas e da cooperação, e, juntamente com a 3ª Região de Saúde – João Câmara e a 5ª Região de Saúde – Santa Cruz, possuía profissionais intercambistas, em 2015. Já em 2019, percebe-se que os cooperados são substituídos em parte por brasileiros e os intercambistas apresentam-se mais distribuídos entre as regiões. Chama a atenção a reserva de dois profissionais cooperados na 6ª Região de Saúde.

Ainda que a 7ª Região de Saúde concentre a maior parte dos profissionais do programa mais médicos, a mudança no edital 18, que restringiu ainda mais os critérios para municípios elegíveis para o programa, excluindo grandes municípios como Natal, fará com que ao longo do tempo a proeminência da região em relação ao número de profissionais perderá relevância. Como o 15º ciclo ocorreu em 2017 e

compõe a maior parte dos profissionais em atividade na região, com o término do ciclo, além das vagas não preenchidas, a região perde relevância no número de profissionais.

O momento atual é de inflexão, já que, ainda que esteja previsto novo ciclo do Mais Médicos, já existe a previsão da extinção do programa com a implantação de uma nova proposta, ainda em tramitação no Congresso Nacional, o Médicos pelo Brasil. Por um lado, mantém a previsão de contratação de médicos bolsistas, com a perspectiva de uma contratação pela CLT através de uma agência de RH depois de 2 anos de trabalho.

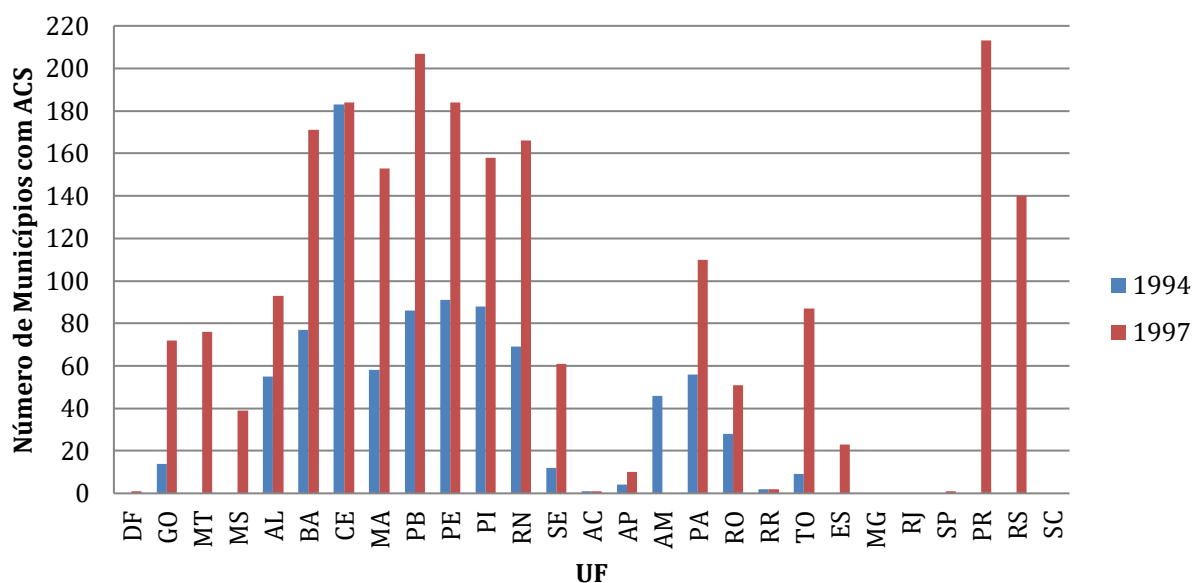
Por outro lado, os critérios para vagas envolvem apenas municípios de pequeno porte, excluindo áreas como Natal, ainda muito dependente dos profissionais do Mais Médicos. Seja qual for a opção adotada pelo Ministério da Saúde em relação aos programas de provimento, o certo é que, pelo menos até 2023, haverá ainda profissionais do Projeto Mais Médicos.

5.7.2. Agentes Comunitários de Saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde surgiu nos anos 90, inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e orientações sobre cuidados de saúde.

O programa iniciou-se em 1994, inicialmente apenas com municípios do nordeste e norte, mais 14 municípios de Goiás, mas foi efetivamente regulamentado em 1997. Mesmo então, o DF, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Santa Catarina não contavam com municípios com ACS e São Paulo e o Acre contavam apenas com um município no programa (Gráfico 60).

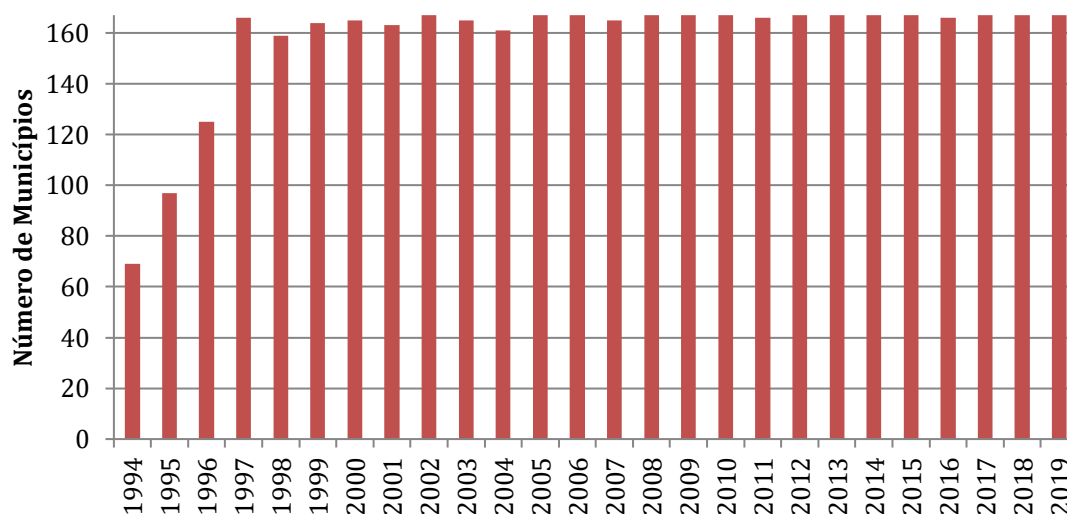
Gráfico 60 – Número de municípios com Agentes Comunitários de Saúde em 1994 e 1997 por UF.



Fonte: SESAP, 2020.

O RN esteve presente no programa desde o seu primeiro momento, inicialmente com 69 municípios, em 1994, mas já em 1997 166 municípios possuíam Agentes Comunitários de Saúde (Jundiá acabara de ser emancipado naquela data) (Gráfico 61).

Gráfico 61 – Número de municípios com ACS no RN por ano.



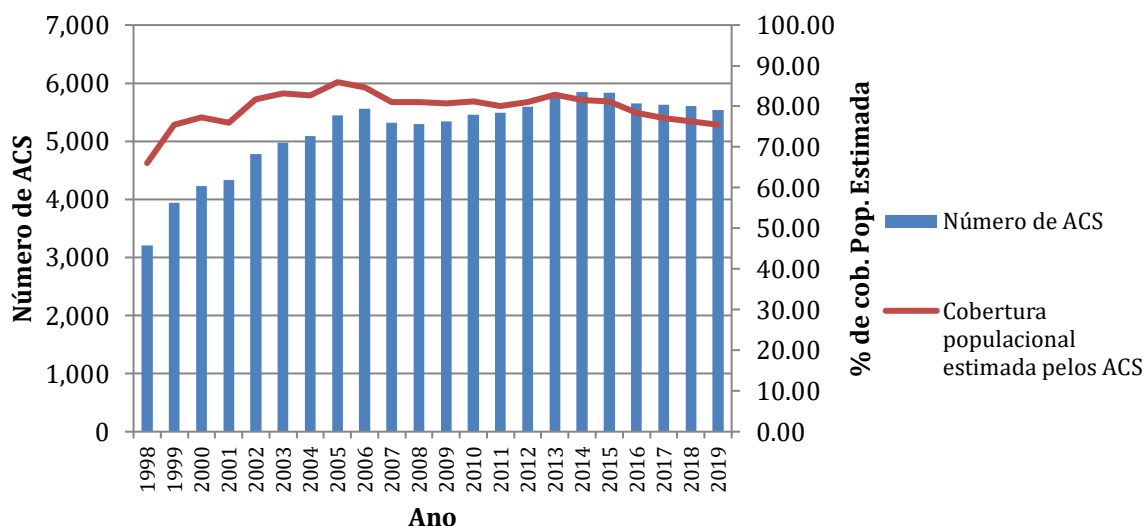
Fonte: CNES/2019. Novembro 2019.

O número de ACS cresceu ano a ano no Rio Grande do Norte desde 1994 até 2006, período no qual a Secretaria de Estado da Saúde, em parceria com as secretarias municipais de saúde, assumiu o processo seletivo desses agentes em um grande esforço para expansão do programa.

No ano de 2006, houve a publicação da Lei 11.350, que regulamentou os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), e da Emenda Constitucional 51, que dispôs sobre a contratação dos ACS e ACE e da efetivação dos contratados por processo seletivo prévio à publicação da EC.

A partir de então, o estado deixou de realizar os processos seletivos, que passaram a ser de responsabilidade dos municípios, mas, neste momento, o estado já tinha alcançado uma cobertura populacional média estimada de 84,75% (Gráfico 62). Os processos seletivos que existiram a partir desta data, nos municípios, foram, em sua maioria, para repor ACS perdidos e expansões pontuais.

Gráfico 62 – Número de Agentes Comunitários de Saúde – ACS e cobertura populacional estimada no RN por ano.

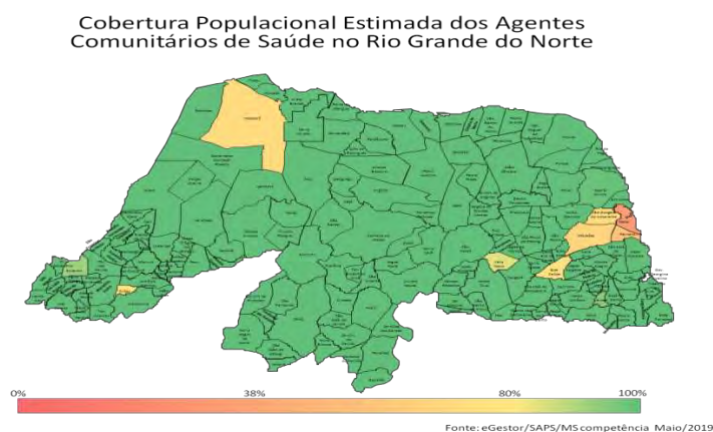


Fonte: SAPS/MS. Novembro/2019.

Em maio de 2019 já se observa que quase todos os municípios do RN apresentavam 100% de cobertura de ACS, a exceção de municípios da 7ª Região de Saúde e alguns municípios pontuais, decorrentes de flutuações por inconsistências e

bloqueios de recursos. Desde 2008 observa-se que pouco variou o número de ACS e a cobertura nas regiões de saúde. Apenas a partir de 2012 houve um aumento no número na 2ª, 4ª e 7ª Regiões de Saúde, acompanhando o processo de expansão de novas equipes da ESF nessas regiões.

Figura 22 – Cobertura populacional de Agentes Comunitários de Saúde no RN. Natal, RN, maio de 2019.

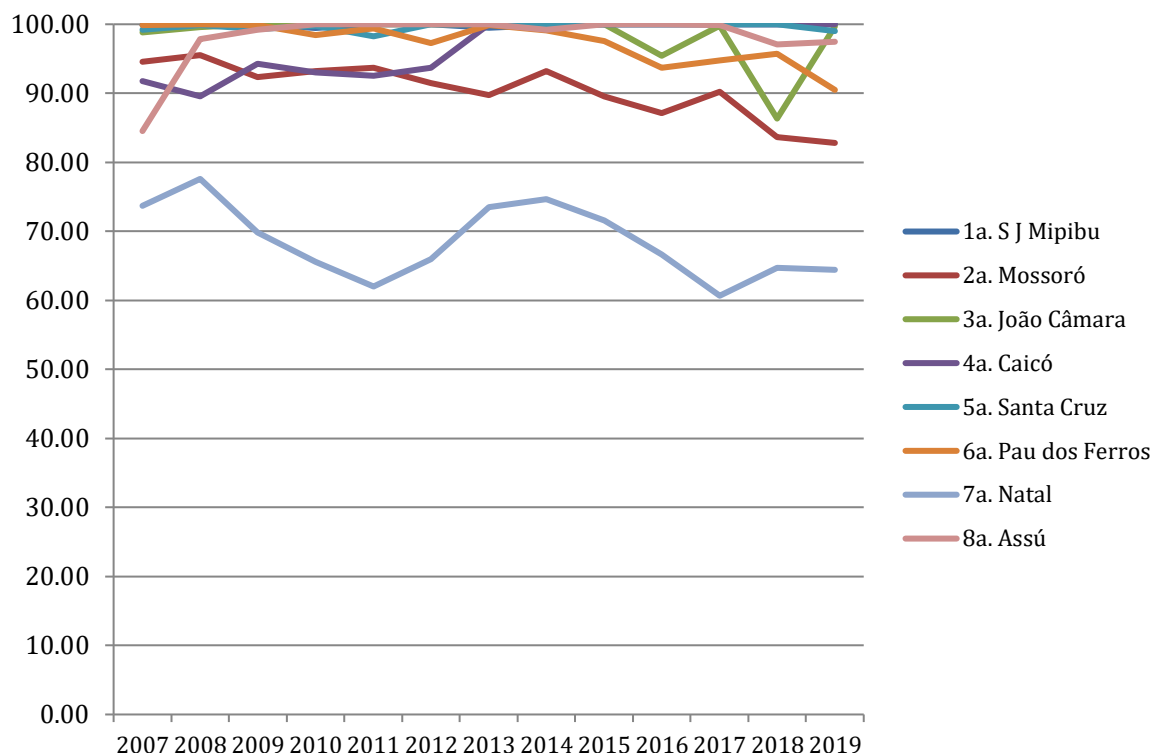


Fonte: SAPS/MS.

Tabela 18 – Histórico de cobertura populacional estimada pelos ACS entre os anos de 2007 a 2019, por região de saúde. Novembro/2019.

REGIÃO DE SAÚDE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1a. S J Mipibu	99,75	100,00	99,93	99,92	100,00	97,21	99,33	99,52	98,90	99,91	99,91	99,90	99,78
2a. Mossoró	99,43	99,31	93,12	97,85	93,18	93,10	96,27	97,97	97,15	92,24	96,33	86,34	82,19
3a. João Câmara	98,27	99,08	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,20	100,00	99,51	99,93	98,13	100,00
4a. Caicó	96,39	95,80	95,51	95,45	94,23	97,79	100,00	100,00	100,00	97,84	100,00	100,00	100,00
5a. Santa Cruz	99,87	100,00	97,93	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	98,73	100,00	100,00	99,83	98,25
6a. Pau dos Ferros	98,73	100,00	99,98	96,72	99,45	98,02	99,84	99,79	99,14	98,41	99,42	99,60	99,46
7a. Natal	51,63	50,16	51,65	51,96	50,73	54,04	56,13	52,68	52,43	47,61	41,73	44,19	43,22
8a. Assú	96,22	99,94	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,76	99,65	100,00	100,00
RN	81,07	81,06	80,69	81,24	80,00	81,09	82,83	81,61	81,22	78,51	77,06	76,38	75,44

Fonte: SESAP – RN, 2020.

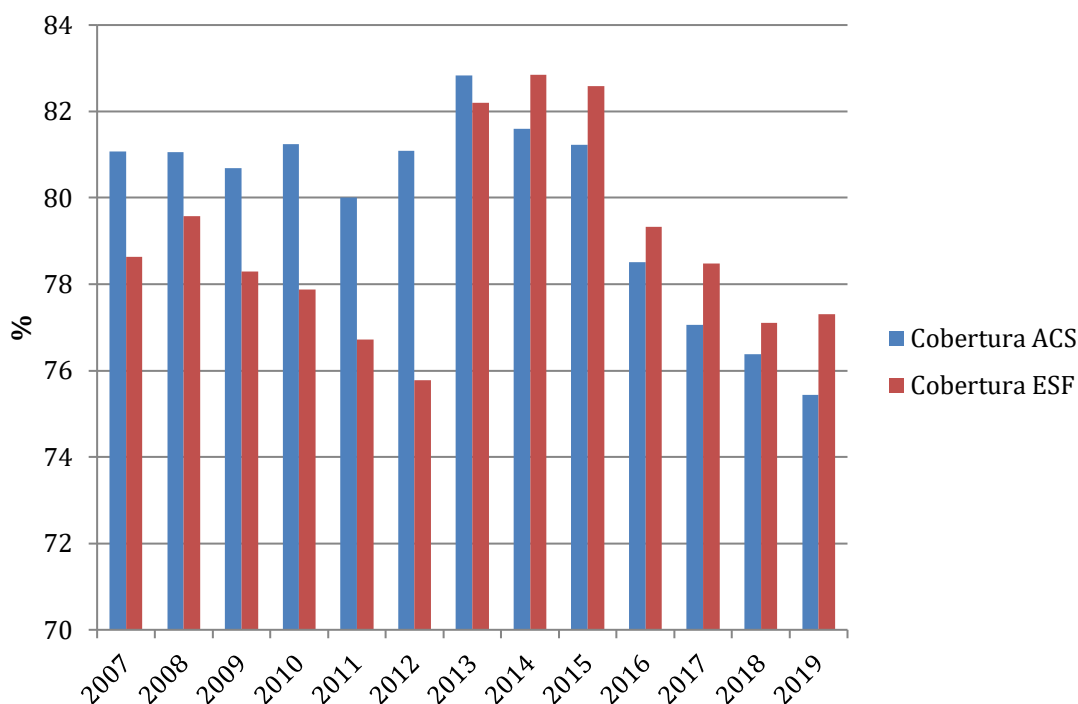
Gráfico 63 - Proporção de população coberta por ACS por região de saúde.

Fonte: SAPS/MS Novembro 2019.

Este aumento acompanhando a expansão da ESF pode ser mais bem visualizado no gráfico 64. De maneira geral, a cobertura dos ACS sempre foi maior que a cobertura das equipes da ESF, mesmo porque é mais difícil para o município manter consistidas as suas equipes da ESF, porém, a partir de 2013, essa diferença diminuiu, em parte graças aos programas de provimento, como PROVAB e Mais Médicos, e ao aumento do teto de equipes de ESF para serem credenciadas, invertendo a relação em 2014. Ainda que o teto de ACS tenha permanecido o mesmo, esses fatores contribuíram para a expansão naqueles municípios de maior porte no estado, como Natal. Mas já em 2016, porém, começa a haver uma queda da cobertura de ACS e ESF, mantendo a nova relação de preponderância da ESF sobre os ACS.

Em dezembro de 2018, comparando com as demais Unidades da Federação, o RN tinha o 17º maior número absoluto de ACS, mas estava em 14º lugar em cobertura, estando em uma posição mediana em comparação com outros estados, o que significa que ainda há espaço para a expansão, particularmente na capital, que concentra, sozinha, um quarto (25,23%) da população estadual.

Gráfico 64 - Comparação entre a proporção de população coberta por ACS e por ESF 2008 a 2019.



Fonte: SAPS/MS Novembro/2019.

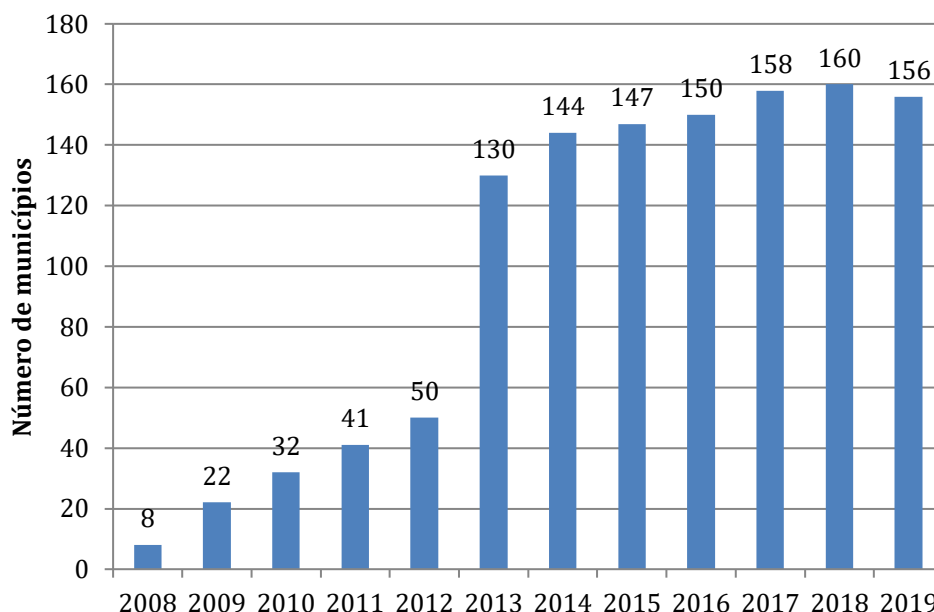
5.7.3. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB

As equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB foi a quarta estratégia de qualificação da Atenção Primária à Saúde, surgindo em 2008, inicialmente em oito municípios, existindo apenas a modalidade de NASF I e NASF II, além da possibilidade de municípios consorciarem para habilitarem um NASF I Intermunicipal. Esses NASFs apoiavam, naquele momento, entre 8 a 20 equipes de ESF, no caso do tipo I, e acima de 3 equipes da ESF, no caso do tipo II. Este último, no entanto, apenas disponível para municípios com baixa densidade demográfica.

O tipo de NASF intermunicipal permitiu que houvesse uma expansão relativa, mas apresentava como fragilidade a propensão da equipe apoiar apenas as equipes da ESF do município sede. Dadas as características dos municípios do RN, onde 62,28% eram menores de 10.000 habitantes em 2008, a expansão das equipes do NASF apresentam um largo crescimento em 2013, quando é criada a modalidade de NASF III, para municípios de pequeno porte, e são mudados os parâmetros de

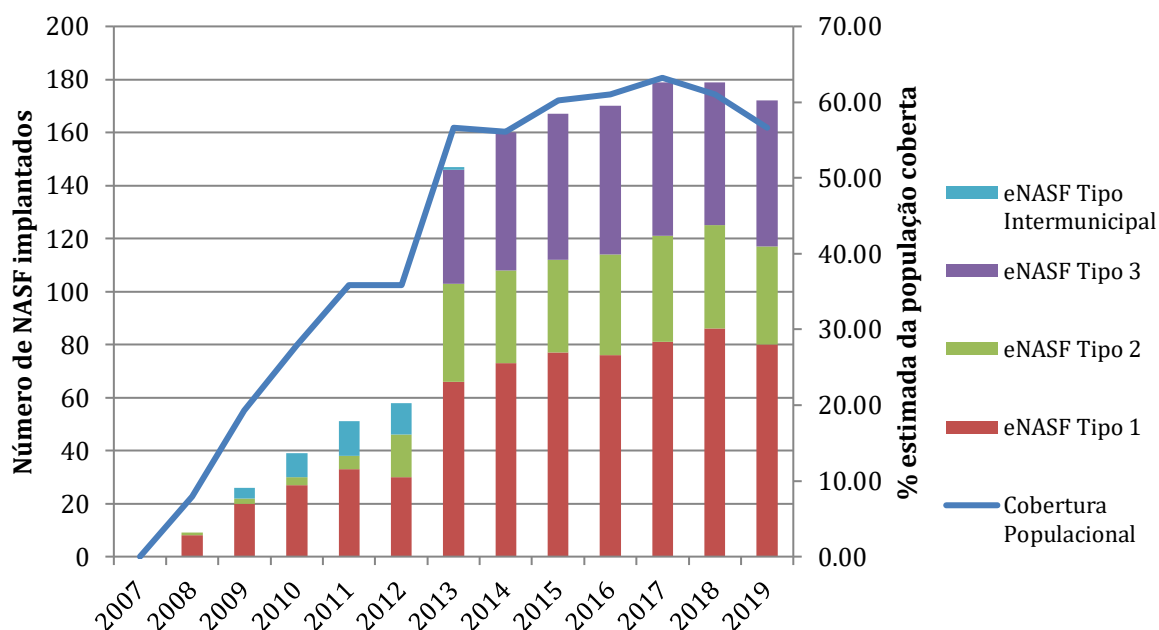
equipes ESF por NASF. Em 2018, havia 160 municípios, com um total de 179 equipes, com uma estimativa de cobertura populacional de 61% (Gráficos 65 e 66).

Gráfico 65 – Número de municípios no RN com NASF-AB implantados por ano.



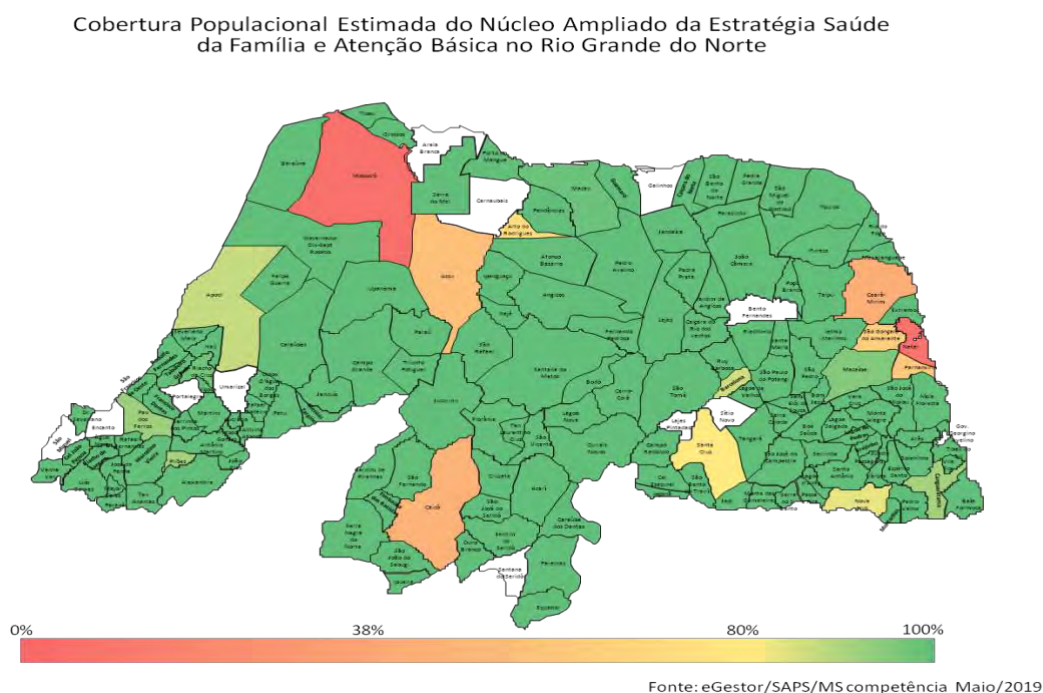
Fonte: SCNES/MS. Novembro/2019.

Gráfico 66 – Número de NASF-AB por tipo e ano e cobertura populacional estimada no RN.



Fonte: SCNES/MS e SESAP-RN. Novembro/2019.

Figura 23 – Cobertura populacional de equipes de NASF-AB no RN. Natal, RN, maio de 2019.



Fonte: SAPS/MS, SESAP/RN.

Em 2019, apenas 11 municípios não possuíam equipes de NASF-AB (figuras 2.37 e 2.40), quatro municípios menos que em 2018. A perda se deveu a inconsistências de equipes da ESF que levavam a inconsistências do NASF-AB também (já que são equipes vinculadas), ainda assim, analisando o estado do RN, a maior parte dos municípios possui uma cobertura populacional estimada para essas equipes de NASF em 100%, com uma cobertura baixa concentrada na 7ª Região de Saúde e, em particular, nos grandes municípios de Natal e Mossoró. Natal, particularmente, possui apenas 3 equipes de NASF-AB para todas as suas 97 equipes consistidas em julho de 2019.

Apenas cinco municípios realmente não possuíam equipes credenciadas de NASF-AB, mas fizeram a solicitação de credenciamento em 2019 (Bento Fernandes, Carnaubais, Galinhos, Lajes Pintadas e Sítio Novo). Portalegre e São Miguel são casos especiais que já tiveram equipes no passado e depois foram descredenciadas, por inconsistências de suas equipes da ESF. Com a mudança da política de financiamento da Atenção Primária à Saúde pelo Ministério da Saúde, ocorrida em novembro de 2019, e que modificou a Política Nacional de Atenção

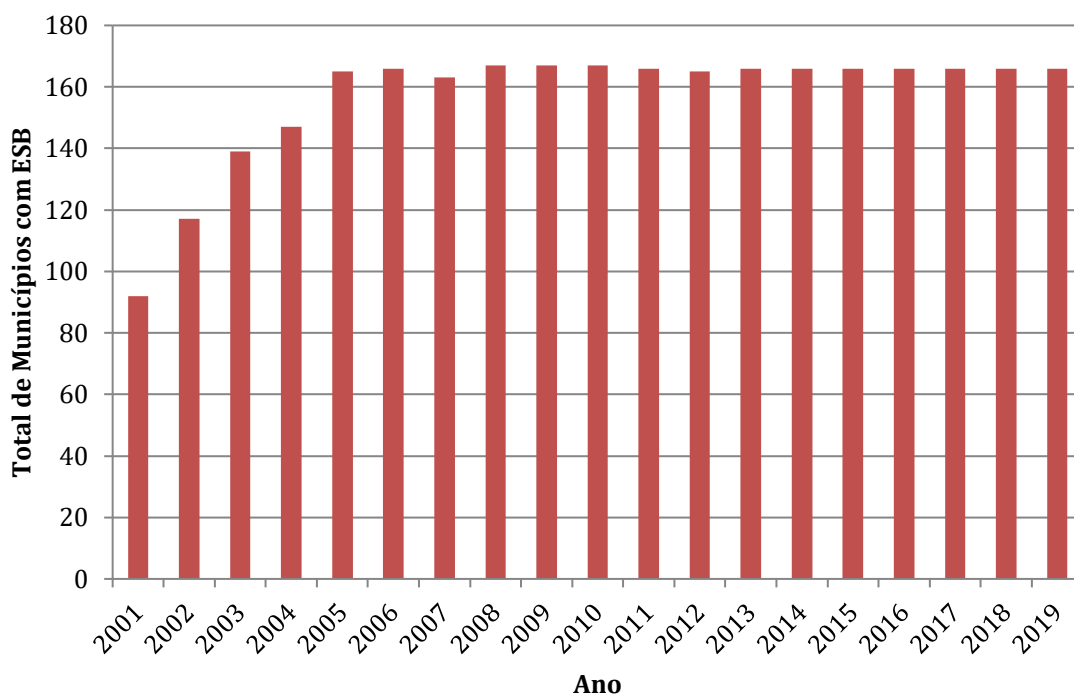
Básica, tanto o credenciamento dessas novas equipes do NASF-AB quanto a própria existência das equipes atuais apresentam-se como uma incógnita, já que não há mais o financiamento de equipes do NASF-AB e não há mais previsão de novos credenciamentos.

5.7.4. Saúde Bucal

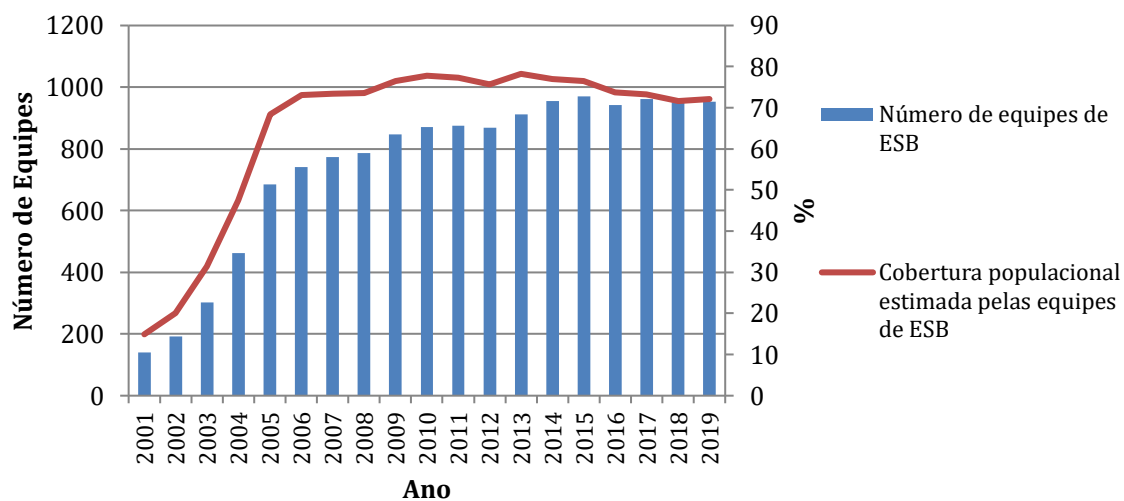
O Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal) é o programa do governo federal que tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil. De modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (DAB/MS, 2014).

As suas principais linhas de ação são: Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

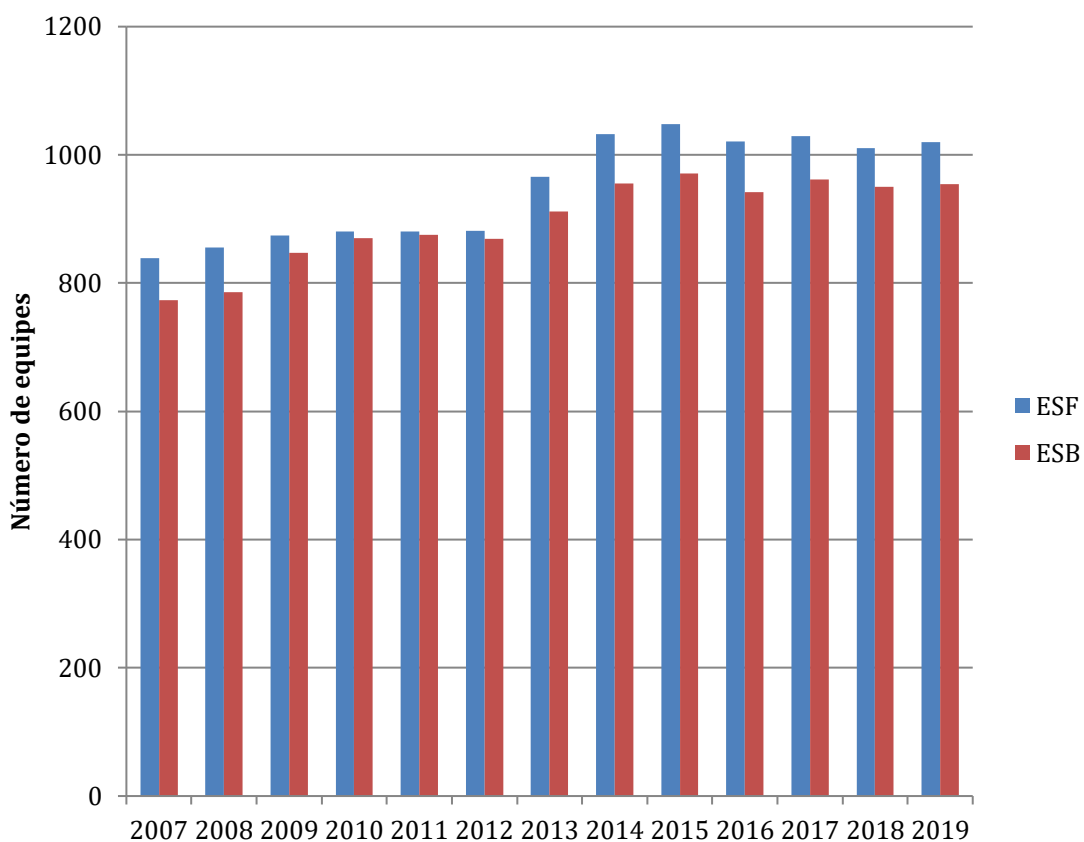
A Saúde Bucal foi a terceira estratégia, após os Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família, a se estruturar a partir de uma lógica de equipe e território que consiste a Saúde da Família. De mesma forma, o estado começou cedo esse processo, ainda em maio de 2001, com 25 equipes em 23 municípios, e ao final daquele ano 92 municípios já possuíam equipes de Saúde Bucal, em um total de 140 equipes, e 14,92% de cobertura populacional estimada. Rapidamente, o estado aumentou o número dessas equipes e a cobertura, ainda que não tenha ainda conseguido alcançar a paridade com as equipes de ESF.

Gráfico 67 – Número de municípios com equipes da ESB no RN por ano.

Fonte: SAPS/MS. Novembro/2019.

Gráfico 68 – Número de Equipes de Saúde Bucal e cobertura populacional estimada no RN por ano

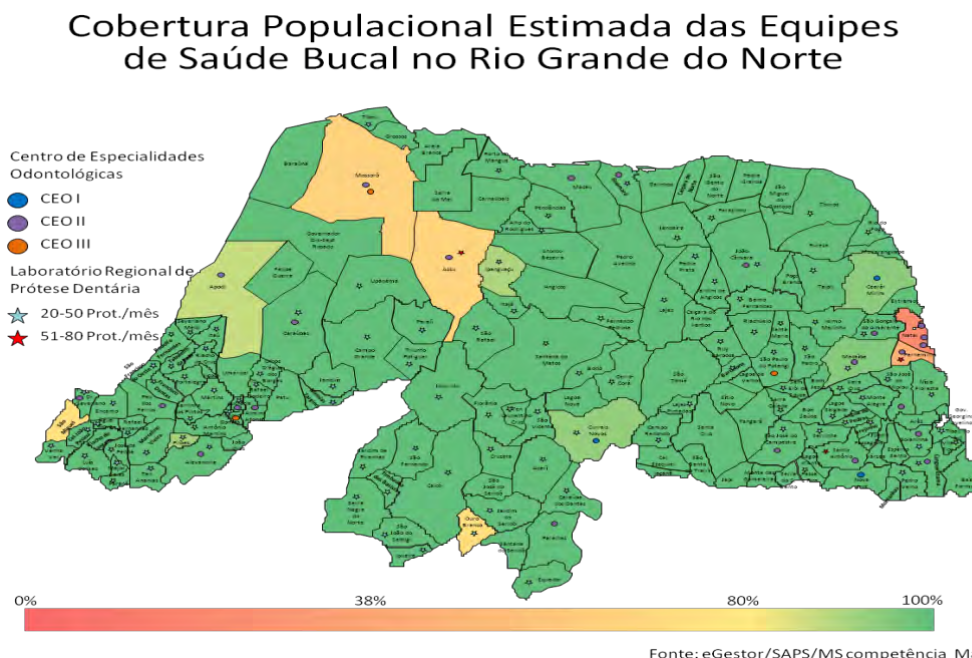
Fonte: SAPS/MS. Novembro/2019.

Gráfico 69 – Comparação entre número de equipes de ESF e ESB por ano no RN.

Fonte: SAPS/MS. Novembro/2019.

A cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal na maioria das regiões de saúde já está próxima a 100%, ainda que a 7ª Região de Saúde ainda se encontre com uma cobertura muito baixa (38,16%), em grande parte influenciada pelas coberturas de Parnamirim e, principalmente, Natal. Como se trata da região mais populosa do estado, esse resultado é responsável pela cobertura do estado ser também aquém do desejado (71,95%, em 2019) – Tabela 19.

Figura 24 – Cobertura das equipes de Saúde Bucal nos municípios, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) implantados e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) em maio de 2019.



Fonte: CNES/MS, SAPS/MS. Novembro/2019.

Tabela 19 – Histórico de cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal – ESB entre os anos de 2007 a 2019, por região de saúde, e mapa de calor. Novembro/2019.

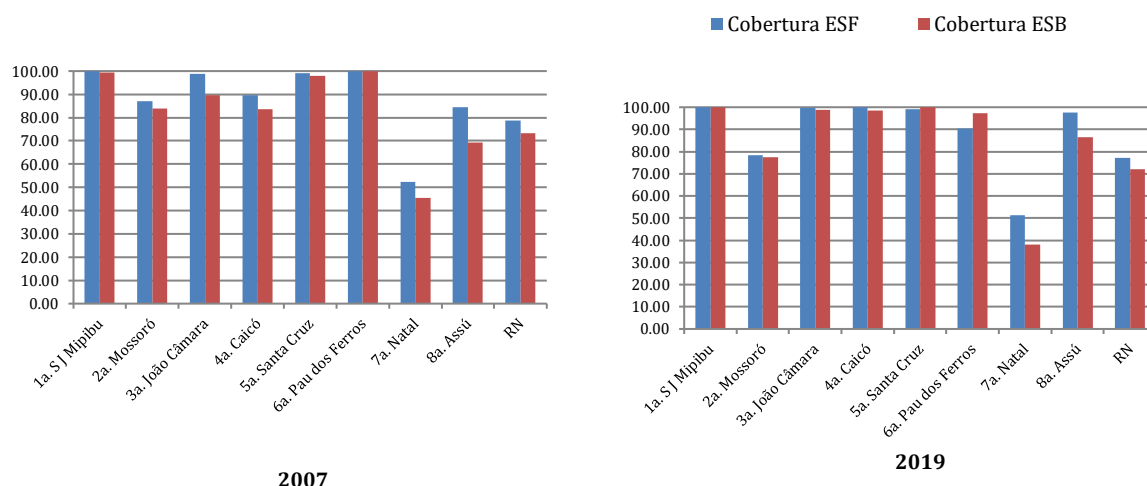
Região de Saúde	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1a. S J Mipibu	99,47	99,91	99,93	99,99	99,96	97,99	99,49	99,91	99,90	100,00	100,00	100,00	100,00
2a. Mossoró	84,00	83,90	77,63	84,34	82,29	79,73	81,54	85,46	84,77	83,88	88,48	81,47	77,49
3a. João Câmara	89,61	93,01	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,17	100,00	96,91	96,79	91,20	98,83
4a. Caicó	83,55	87,11	88,43	88,24	87,34	89,52	94,36	97,51	97,13	94,83	98,44	99,54	98,51
5a. Santa Cruz	98,01	98,36	97,46	99,77	99,76	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
6a. Pau dos Ferros	99,93	100,00	99,92	98,46	99,36	97,30	99,40	94,33	94,84	94,75	95,09	97,50	97,42
7a. Natal	45,54	43,01	49,88	50,80	50,24	47,43	51,87	48,55	46,53	41,44	38,03	37,48	38,16
8a. Assú	69,29	74,82	84,70	86,78	91,77	91,60	91,16	85,06	91,48	88,93	86,32	86,20	86,49
RN	73,37	73,62	76,53	77,82	77,28	75,63	78,25	77,03	76,47	73,70	73,18	71,62	71,95

Fonte: SESAP – RN, 2020.

Desde a publicação da Política Nacional da Atenção Básica em sua primeira reformulação, na portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, uma equipe de saúde bucal deve estar atrelada a uma equipe da estratégia saúde da família (antes era

permitida a proporção de 1:2), porém, ainda que tenha havido um aumento do número absoluto de equipes de Saúde Bucal, esse aumento não conseguiu que a paridade fosse alcançada, por causa da disparidade ainda persistir na 7ª Região de Saúde (Gráfico 70).

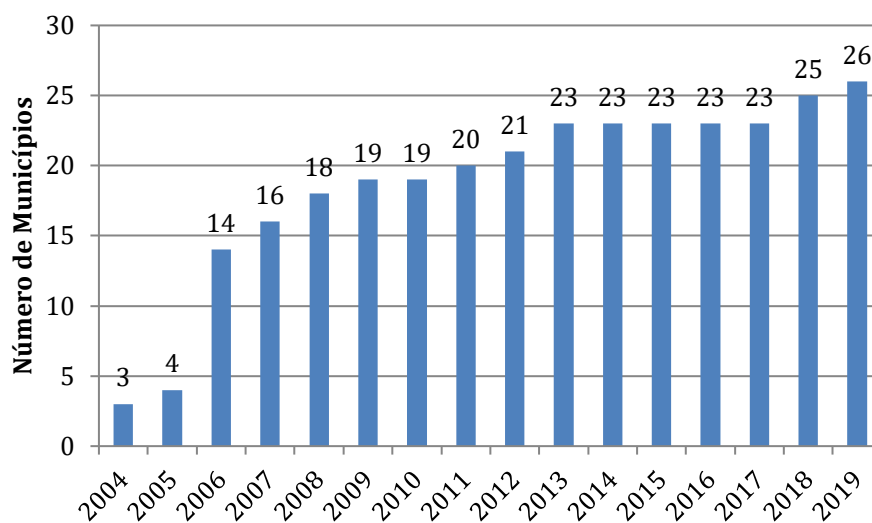
Gráfico 70 – Comparação entre cobertura de equipes da ESF e ESB, entre os anos de 2007 e 2019, por Região de Saúde.



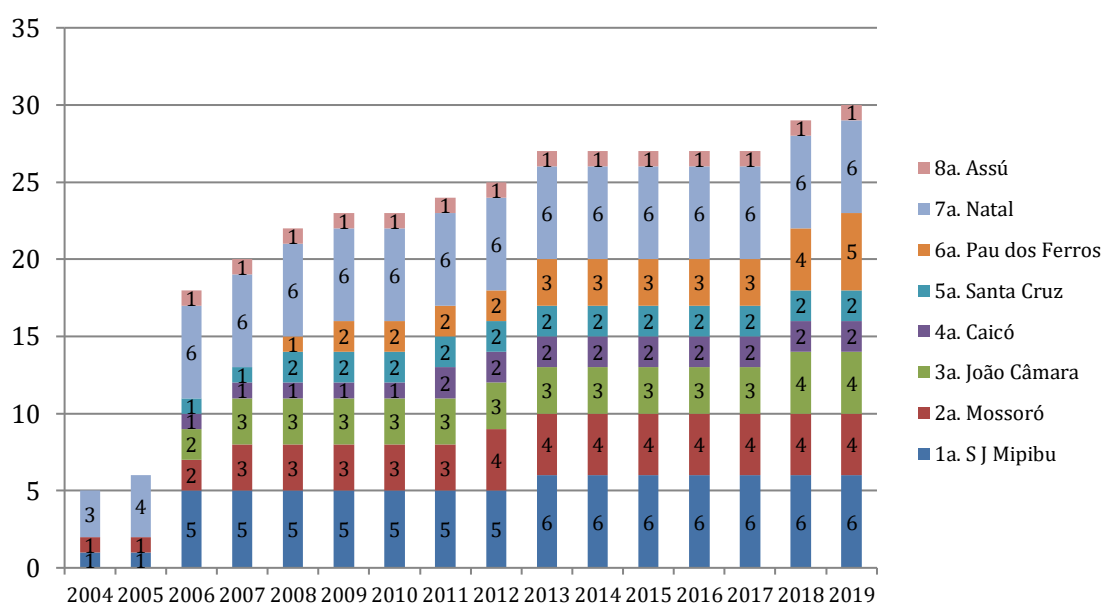
Fonte: SAPS/MS. Novembro/2019.

5.7.4.1. Centro de Especialidades Odontológicas - CEO

Em 2004, com a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, começou-se uma expansão dos Centros de Especialidades Odontológicas, dispositivo que atua como referência da média complexidade para a Saúde Bucal, inicialmente com três municípios, e observa-se dois picos de crescimento das implantações: em 2006, com o início dos credenciamentos, e em 2013, quando houve a criação de novo tipo de CEO, até atingir 26 municípios do estado (Gráfico 71). Porém, sua característica regionalizada no seu início não permitiu uma ampla cobertura populacional, sendo estimada em 44,27% pela equipe técnica da SESAP (Gráfico 72). A pouca expansão do CEO que ocorreu no estado, que vinha estagnado desde 2013, ocorreu apenas em 2018 e 2019, apenas na 6ª e 4ª Regiões de Saúde (Gráfico 73).

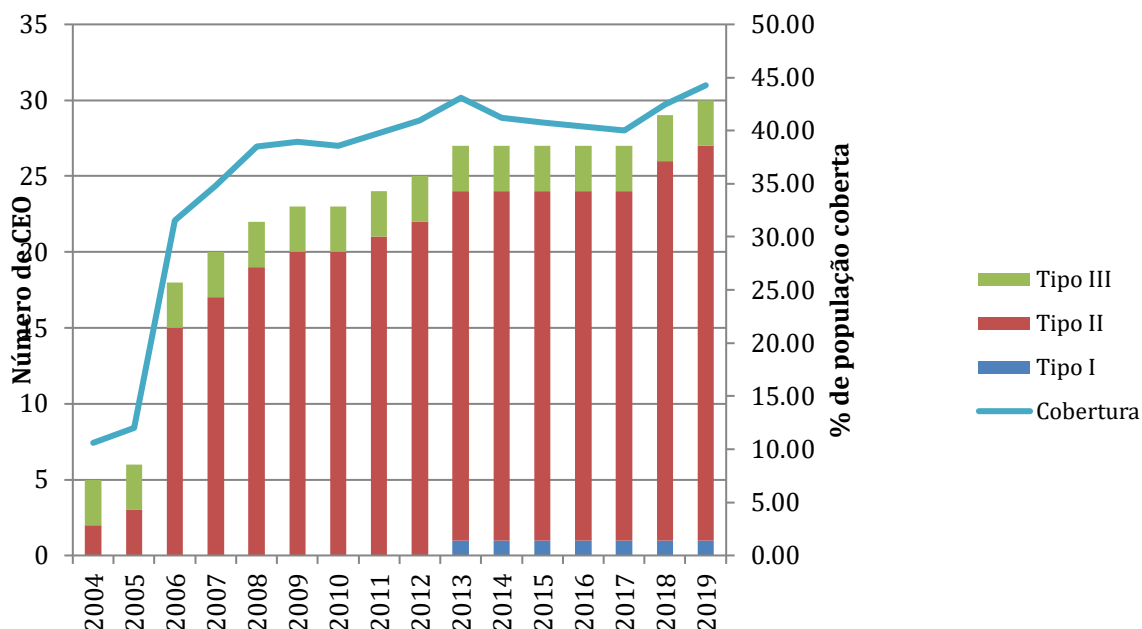
Gráfico 71 – Número de municípios no RN com CEOs implantados por ano.

Fonte: SCNES/MS. Novembro/2019.

Gráfico 72 – Evolução do número de CEO no Estado do Rio Grande do Norte, por Região de Saúde, de 2004 a 2019.

Fonte: CNES/MS. Novembro de 2019.

Gráfico 73 – Número de CEOs por tipo e ano e cobertura populacional estimada no RN.



Fonte: SCNES/MS e SESAP-RN. Novembro/2019.

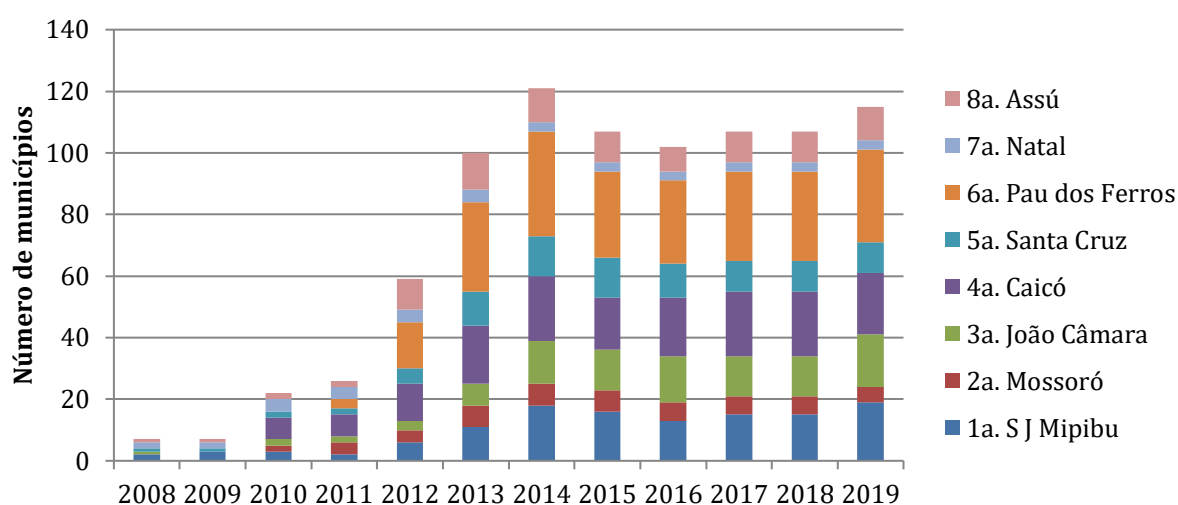
5.7.4.2. Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD

Em relação à reabilitação protética, foram criados, desde 2005, os laboratórios regionais de prótese dentária – LRPD, que disponibiliza recursos do Ministério da Saúde para uma produção por faixa aos municípios ou estado, o ente optando por ter laboratórios públicos locais ou contratação de serviço terceirizado.

São consideradas quatro faixas de produção de prótese por mês que os municípios podem contratualizar: 20 a 50 próteses; 51 a 80 próteses; 81 a 120 próteses e acima de 120 próteses. No Rio Grande do Norte, houve contratualizações apenas nas faixas de 20 a 50 próteses (104 municípios em 2018) e 51 a 80 próteses (três municípios em 2018), totalizando 107 municípios em 2018, em todas as regiões de saúde. Entre 2008 e 2014, o estado viveu uma explosão de credenciamentos de LRPDs, atingindo rapidamente 121 municípios, quando então alguns municípios perderam o credenciamento por não conseguirem cumprir a produção mensal de próteses contratualiza, ocorrendo esse processo de credenciamento e descredenciamento ao longo dos anos de 2015 a 2019.

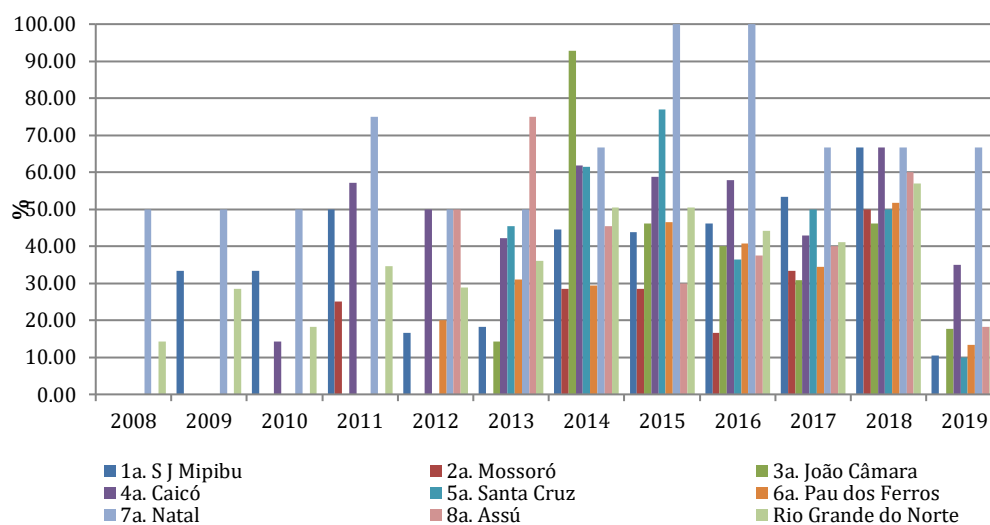
Esse processo de descredenciamento pode ser evidenciado na proporção de municípios que conseguiram atingir a média de produção mensal da faixa contratualizada. No estado, apenas 57,01% dos municípios com LRPD conseguiram atingir a meta mensal em 2018, ainda que esse tenha sido o ano com melhor desempenho. Já a produção estadual mensal média, em 2018, atingiu uma produção similar (ainda que inferior) ao produzido em 2014, com 1469 próteses/mês instaladas.

Gráfico 74 – Número de municípios com Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD por Região de Saúde e ano.

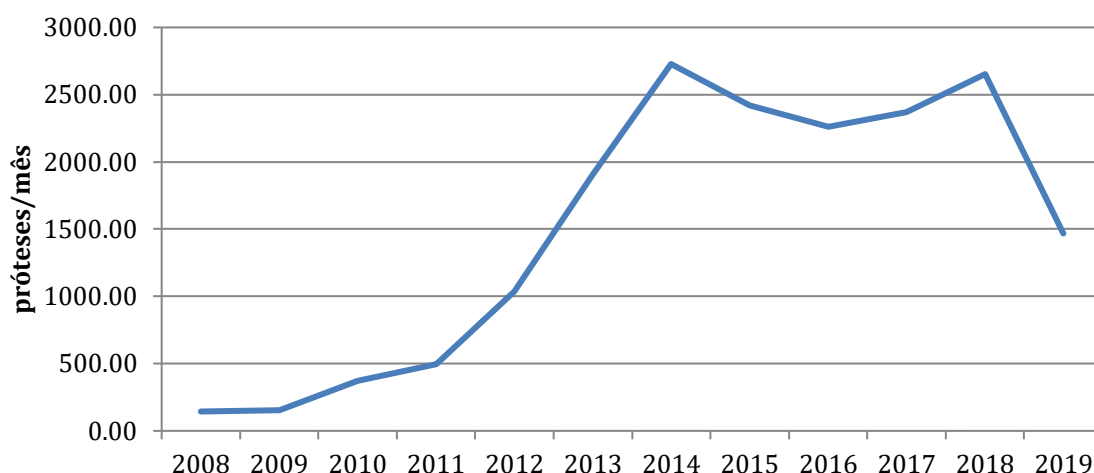


Fonte: SAPS/MS; SIA/MS novembro de 2019.

Gráfico 75 – Proporção de municípios, dentre aqueles que possuem LRPD, que atingiram a média mensal contratualizada.



Fonte: SIA/MS Novembro 2019.

Gráfico 76 – Produção de prótese/mês média no estado do Rio Grande do Norte

Fonte: SIA/MS novembro de 2019.

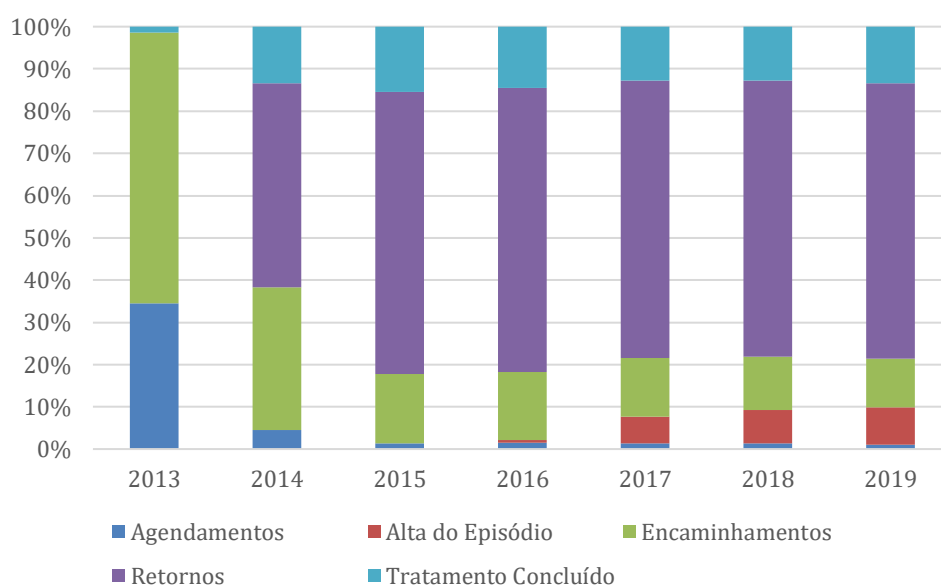
5.7.4.3. Qualidade da Saúde Bucal

Como no caso das equipes da Atenção Primária à Saúde, a Saúde Bucal e suas equipes podem ser avaliadas, monitoradas e acompanhadas através de alguns indicadores que podem nos indicar ou apontar características de acesso ao serviço e, por vezes, a qualidade do serviço. São indicadores de perfil de encaminhamentos, cobertura da Primeira Consulta Odontológica, Razão entre Primeira Consulta e Tratamento Concluído (TC) e Proporção de Exodontias em relação ao total de procedimentos executados.

Todos esses indicadores possuem, basicamente, duas fontes de dados: o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB). Enquanto o primeiro não vai fazer distinção entre os procedimentos executados na APS e na Média Complexidade, o segundo apenas registra os procedimentos executados na APS, seja pelas equipes de Saúde Bucal, seja pelos profissionais da UBS de modelo tradicional. Com o processo de implantação do SISAB, porém, duas coisas devem ser consideradas: entre os anos de 2013 e 2014 nem todas as equipes faziam uso do sistema e registravam os dados e, a partir de 2017, os dados de produção ambulatorial do e-SUS/SISAB não mais alimentavam o SIA, que passa a registrar basicamente os procedimentos de média complexidade apenas.

Tendo em consideração o exposto acima, observa-se que o perfil de desfechos das equipes de Saúde Bucal pouco mudou entre 2015 e 2019 (apenas com o aparecimento do componente Alta do Episódio a partir de 2017, atingindo 7,87% em 2018), com uma grande proporção de Retornos (65,38% em 2018) seguida por Encaminhamentos (12,67% em 2018) e Tratamento Concluído (12,71% em 2018). Chama a atenção que o componente Agendamentos, nas suas mais diversas formas (para NASF, para grupos e para outros profissionais), é praticamente insignificante entre as equipes de Saúde Bucal (Gráfico 77).

Gráfico 77 – Proporção entre os desfechos de tratamento das equipes de Saúde Bucal por ano no RN.



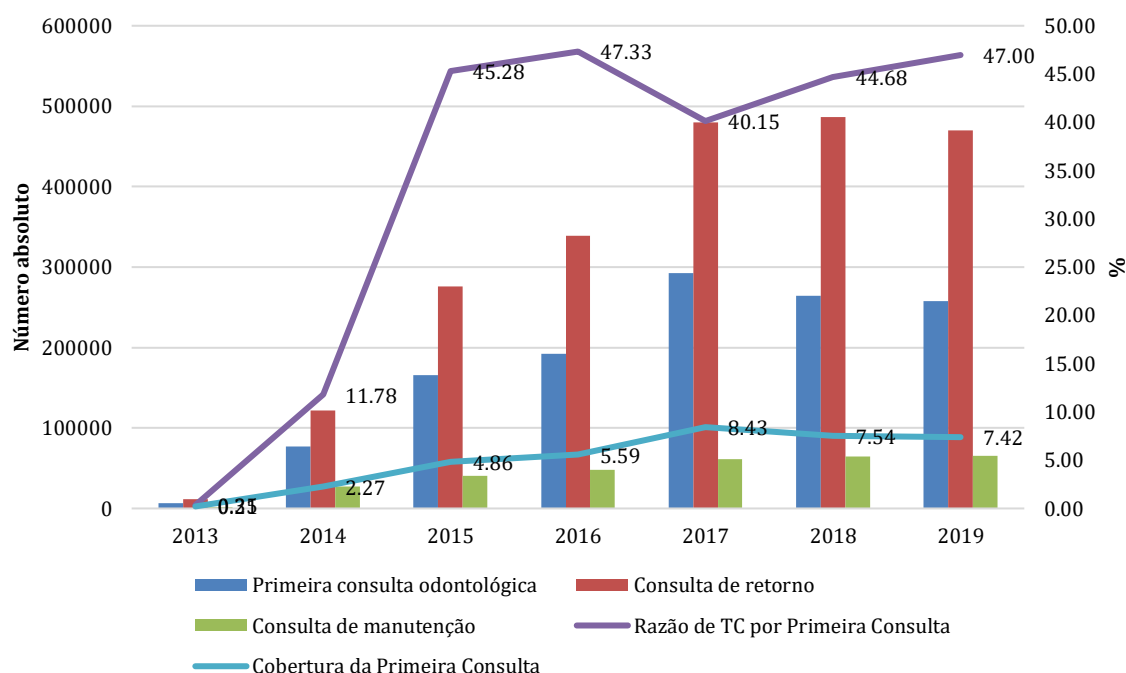
Fonte: SISAB/SAPS/MS novembro de 2019.

Considerando os encaminhamentos pelas equipes de Saúde Bucal, observa-se uma diminuição proporcional dos encaminhamentos não definidos (outros) e um aumento dos encaminhamentos para radiologia. Apesar de 55,28% dos encaminhamentos ainda serem classificados como outros em 2018 (denotando uma baixa sensibilidade para identificar as causas de encaminhamentos), apresenta uma significativa melhora quando comparado com anos anteriores (72,31% em 2015). Por outro lado, o aumento relativo dos encaminhamentos para radiologia (18,28% em 2018) precisa ser mais bem estudado. Pode ser indicativo de uma piora na resolubilidade da APS na Saúde Bucal, com os municípios concentrando os aparelhos de RX em Centros de Especialidades ou em serviços terceirizados, dificultando o acesso ao diagnóstico oportuno na APS.

O número absoluto de consultas em suas vertentes de Primeira Consulta Odontológica, Consulta de Retorno e Consulta de Manutenção apresenta um crescimento entre os anos de 2013 a 2017, resultado, provavelmente, da melhora da informação do SISAB que um crescimento real em si, com um predomínio das consultas de retorno sobre as outras duas, com um baixo número de consultas de manutenção.

Entre 2017 e 2019, porém, os números ficaram relativamente estáveis, o que pode ser visto também em relação à cobertura da Primeira Consulta, que leva em consideração a população do local e mostra o acesso da população ao serviço de Saúde Bucal. Em 2018, foi estimado que apenas 7,54% da população do estado que teve acesso ao serviço de Saúde Bucal e esse indicador se manteve relativamente constante entre 2017 e 2019. Já em relação à Razão dos Tratamentos Concluídos e Primeira Consulta, apenas 44,68% das Primeiras Consultas têm o tratamento concluído no ano e é uma relação que entra-se estável desde 2015, apenas com um ponto fora da curva em 2017, o que é uma taxa de resolubilidade muito baixa.

Gráfico 78 – Número de primeiras consultas, consultas de retorno, consultas de manutenção e indicadores de razão de primeira consulta por Tratamento Concluído e Cobertura da Primeira Consulta no Rio Grande do Norte por ano.



Fonte: SISAB/SAPS/MS; IBGE; Novembro de 2019.

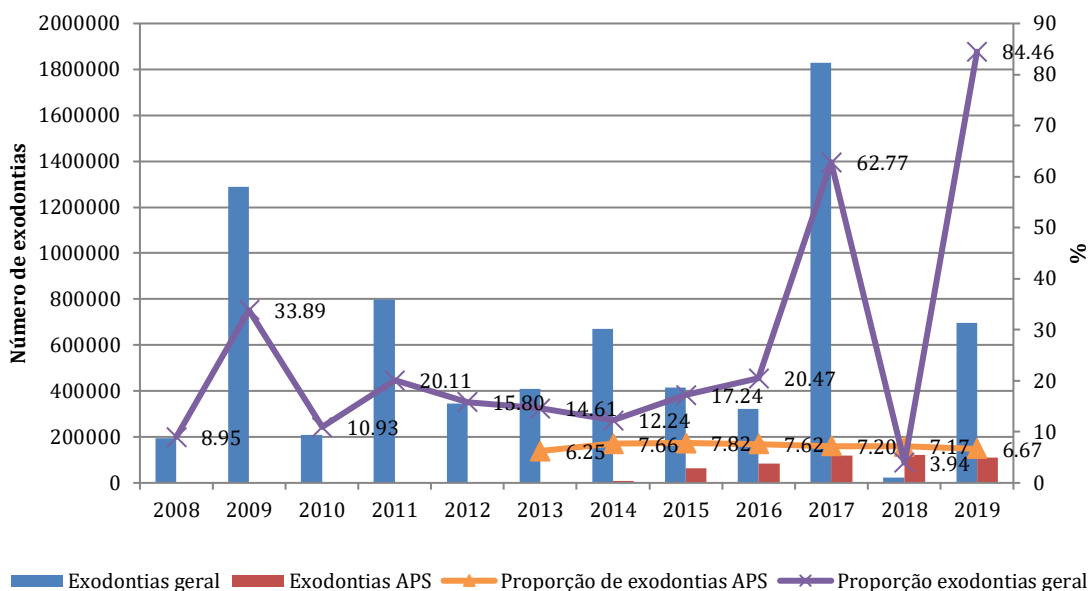
A proporção de exodontias é um indicador que pode medir o acesso da população aos serviços de Saúde Bucal tanto na questão curativa/reabilitação, quanto na prevenção/promoção da Saúde em tempo oportuno, evitando-se assim a perda do elemento dentário. Como mencionado, a fonte pode ser tanto o SIA quanto o SISAB, ainda que a medida seja de grupos de diferentes (APS e Média Complexidade no primeiro e apenas APS no segundo).

Observa-se entre 2009 e 2016, uma queda no número absoluto de exodontias, bem como na proporção de exodontias (33,89% em 2009 e 12,24% em 2014), ainda que a partir de 2015 o indicador invertesse a tendência de queda, atingindo 20,47% em 2016, um valor muito alto (ainda mais considerando o valor esperado de 8,0% para o IDSUS).

Por outro lado, analisando apenas as equipes de Saúde Bucal, a proporção de exodontias manteve-se de 2013 a 2019 relativamente estável (7,17% em 2018), com um aumento no número absoluto entre 2013 a 2016, esperado haja vista a melhora da qualidade da informação. Em 2017, os dados da APS não mais eram computados no SIA, o que justifica o aumento considerável do indicador geral em 2017 (62,77%) e 2019 (84,46%), já que a base era sobre uma quantidade mais restrita de procedimentos, aqueles executados, basicamente, nos CEOs.

Ainda assim, chama a atenção o número absoluto exagerado em 2017 e o quase inexistente em 2018, o que pode significar problema no envio da informação, já que o município de Parnamirim informou sozinho, em 2017, 1.602.405 exodontias, o que equivale 87,69% de todas as exodontias do estado naquele ano (1.827.422 exodontias) e muito acima da média histórica do município (30250 exodontias entre 2008 e 2016). Corrigindo os dados apenas do município de Parnamirim, considerando os valores e 2016, o indicador do estado vai para 29,61%, ainda muito alto, mas mais condizente com a tendência apresentado nos anos anteriores.

Gráfico 79 – Número de exodontias registradas no SIA, número de exodontias das equipes da APS e a proporção de exodontias entre o total de procedimentos geral e na APS no Rio Grande do Norte, por ano.

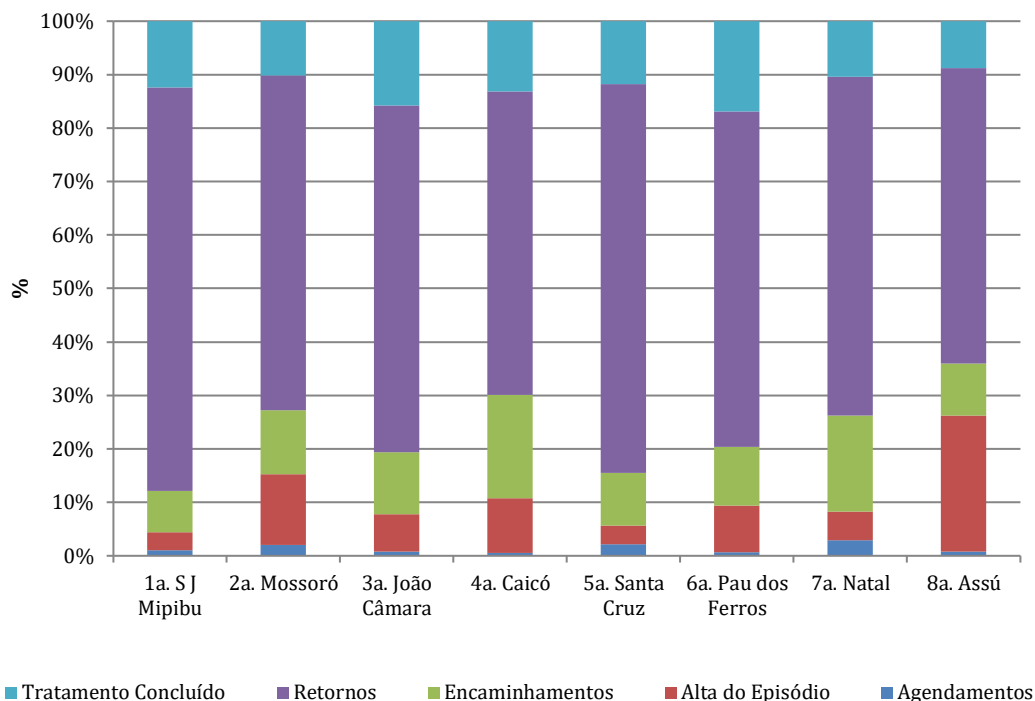


Fonte: SIA/MS; SISAB/SAPS novembro de 2019.

Quando comparadas as Regiões de Saúde, observa-se que os perfis apesar de similares, com um predomínio de retornos e uma virtual ausência de agendamentos, apresentam algumas peculiaridades. A 1ª e 5ª Regiões de Saúde praticamente não trabalham com alta de episódio (provavelmente não trabalhando a urgência e demanda espontânea), ao contrário da 8ª Região de Saúde, com uma alta proporção de altas de episódio, o que pode denotar um grande número de demandas espontâneas.

Analisando os encaminhamentos por região de saúde, chama novamente a atenção a 1ª Região de Saúde, com uma grande proporção encaminhamentos para Cirurgia BMF e Endodontia e uma baixa proporção de encaminhamentos definidos como outros (32,69%), similar à 2ª Região de Saúde, ainda que esta última tenha uma proporção de encaminhamentos para Radiologia muito maior que as demais regiões (28,27%) (Gráfico 80).

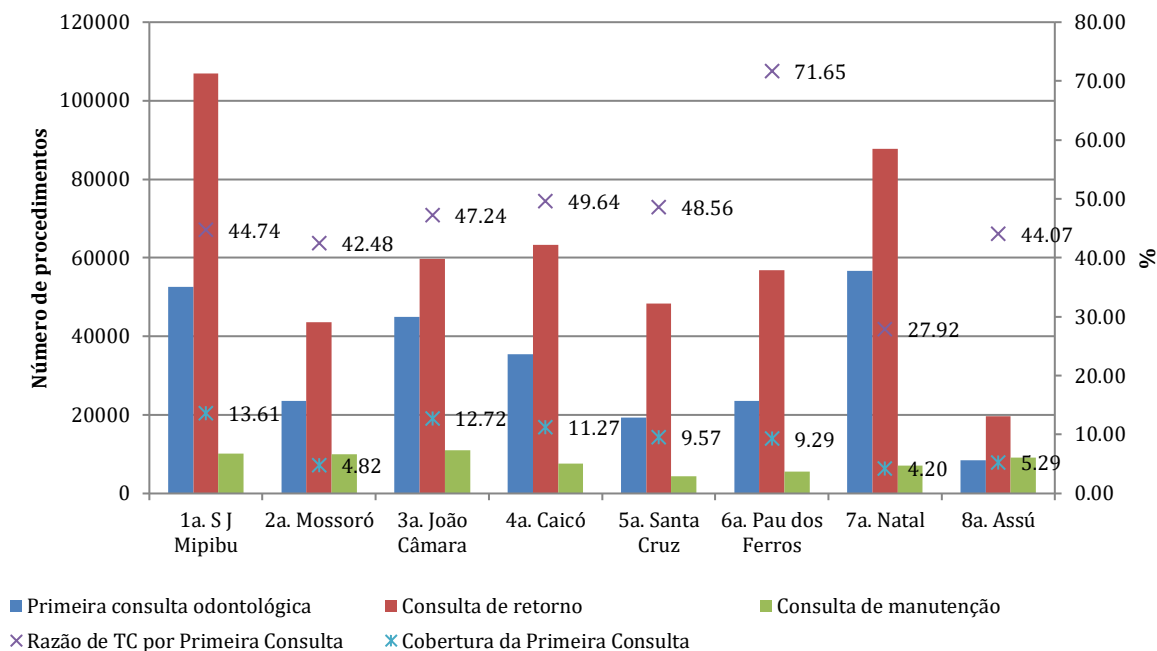
Gráfico 80 - Proporção entre os desfechos de tratamento das equipes de Saúde Bucal por Região de Saúde no ano de 2018.



Fonte: SISAB/SAPS/MS novembro de 2019.

Assim como a proporção de retornos é maior na 1ª Região de Saúde, também a é em relação às Consultas de Retorno. De maneira geral, as regiões de saúde são similares quando analisada a Razão de Tratamento Concluído por Primeira Consulta (entre 44,07% e 49,64%), as exceções são a 6ª Região de Saúde, com uma razão de 71,65%, que denota uma alta taxa de finalização dos tratamentos iniciados, e a 7ª Região de Saúde que segue o outro extremo, com uma baixa taxa de finalização, com uma razão de apenas 27,92%. Com relação à Cobertura da Primeira Consulta, se a maioria das regiões de saúde orbitou entre 13,61% e 9,29%, a 2ª, 7ª e 8ª Regiões de Saúde apresentaram um acesso muito baixo da população aos serviços de Saúde bucal (4,82%, 4,20% e 5,29%, respectivamente).

Gráfico 81 - Número de primeiras consultas, consultas de retorno, consultas de manutenção e indicadores de razão de primeira consulta por Tratamento Concluído e Cobertura da Primeira Consulta no Rio Grande do Norte por Região de Saúde no ano de 2018.

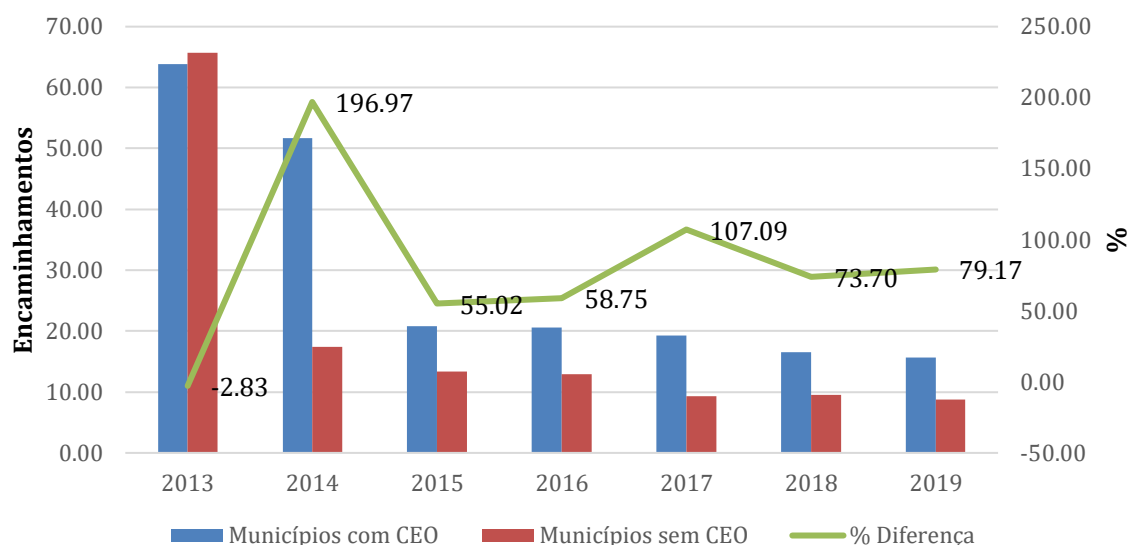


Fonte: SISAB/SAPS/MS; IBGE; Novembro de 2019.

Um fator que pode contribuir para essas diferenças entre regiões de saúde é a presença de Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs. Quando se compara o grupo de municípios que possuem CEO no estado com o grupo de municípios sem CEO, percebe-se que aquele possui uma maior proporção de encaminhamentos e uma melhor proporção de exodontias sobre os demais procedimentos.

Considerando que ainda existe uma baixa cobertura de CEOs no estado, a expansão do serviço, principalmente de forma regionalizada e com processos bem definidos, provavelmente contribuiria para uma melhora das condições de Saúde Bucal da população.

Gráfico 82 – Comparação entre proporção de encaminhamentos em municípios com CEO e municípios sem CEO no Rio Grande do Norte.



Fonte: SISAB/SAPS/MS novembro 2019.

5.7.5. Consultório na Rua

Apesar da Estratégia Saúde da Família atingir boa parte do território e promover o acesso (ainda que com problemas) à população, existem populações que por suas características tornam-se mais difíceis de prover esse acesso. Essa dificuldade de acesso nessas populações pode se dar tanto por características intrínsecas da comunidade (como o nomadismo), quanto pelo preconceito a que essas populações são submetidas. Uma dessas populações, com alto grau de vulnerabilidade, é a população em situação de rua (PSR). Essa população, segundo VARGAS, 2012, sofre “com riscos à saúde relacionados à violência; variação climática; alimentação incerta; relações sexuais; falta de acesso à água limpa e locais para higiene pessoal e necessidades fisiológicas; sono inadequado; e muitos outros fatores”, além de “questões psicossociais, e o estigma é um grande motivo de sofrimento emocional para eles”.

De acordo com o I Censo e Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (2007-2008), os principais motivos para viver na rua eram o consumo de álcool e drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e desavenças familiares (29,1%). O acesso aos serviços de saúde é limitado, além de dificuldade de anamnese, existe a baixa adesão ao tratamento e a dificuldade para o acompanhamento.

Em Salvador, em 1999, por iniciativa do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), surgiu uma experiência de atendimento a essa população, com resultados expressivos, e voltada para a questão de Saúde Mental e, particularmente, álcool e drogas. Da experiência baiana, o Ministério da Saúde lançou, em 2009, as equipes de Consultório de Rua, muito voltadas para a Saúde Mental e relacionadas como parte do equipamento do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD). Em 2010, foi também incluído no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack.

Em 2011, com a Política Nacional de Atenção Básica, para dar resposta às demandas deste grupo populacional, houve a criação dos consultórios na rua, que juntavam as experiências anteriores das equipes de consultório de rua com a lógica das equipes de Saúde da Família. O enfoque dessa nova equipe deixa, no entanto, de ser centrada na Saúde Mental e na Política de Prevenção em Álcool e outras Drogas e passa a ser a atenção integral à saúde da população em situação de rua, ampliando o acesso aos serviços de saúde, ainda que o legado das equipes de consultório de rua permanecesse nessas equipes multiprofissionais, formadas por Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, técnico em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, profissional de Educação Física e profissional com formação em Arte e Educação, além do médico, no caso da modalidade III (no estado apenas temos equipes de modalidade II, composta por seis profissionais).

A população em situação de rua é, dada às suas próprias características, de difícil medição. Entre 2007 e 2008, um estudo do Ministério do Desenvolvimento Social resultou no I Censo dessa população, porém apenas capitais e municípios com mais de 300.000 habitantes foram analisados. Esse estudo foi utilizado para a definição do teto para as equipes de Consultório de Rua. Em 2016, o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas-IPEA realizou outro levantamento estimado, considerando os portes dos municípios e as macrorregiões do País. Com base nesse estudo, pudemos inferir uma estimativa para o estado e seus municípios.

Com a base no PEAD, a área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde através de um projeto habilitou as equipes de Consultório de Rua (eCdR), em que Natal foi contemplada com uma equipe em 2011. Com a incorporação dessas

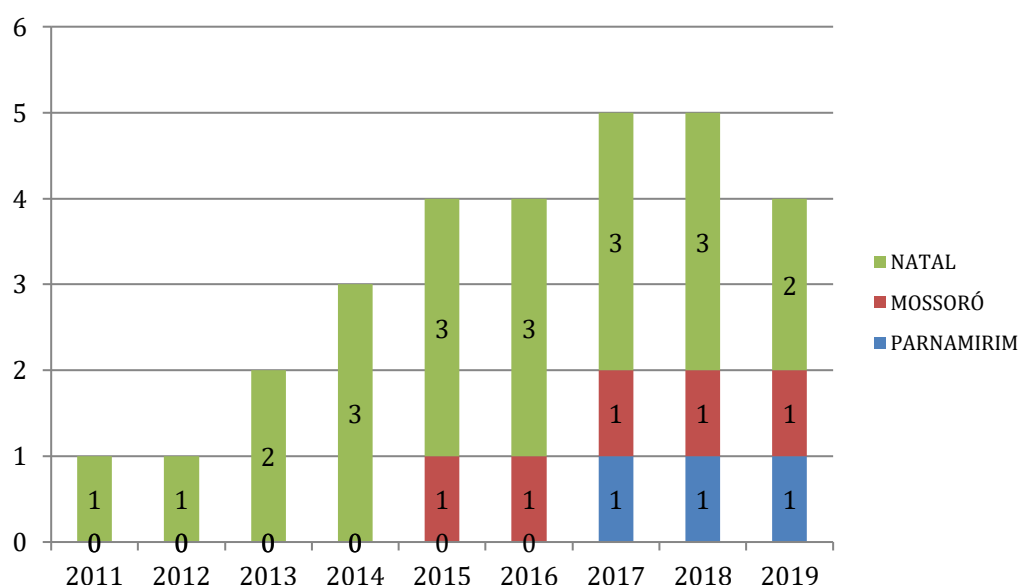
equipes na Atenção Primária à Saúde e a criação das equipes de Consultório na Rua (eCnR), o teto para credenciamento não levou em consideração essas equipes de consultório de rua. Com isso, Natal pôde credenciar uma equipe em 2013 no parâmetro de 1 equipe para 80 a 1.000 pessoas em Situação de Rua. Em 2014 houve o credenciamento de mais uma equipe de Consultório na Rua de Natal e no ano seguinte em Mossoró. Já Parnamirim teve o credenciamento da equipe ainda em 2014, juntamente com Natal, mas somente se efetivou dois anos depois.

Tabela 20 – População em Situação de Rua em 2009 e 2016, total de equipes de Consultório na Rua, em 2018, e proporção de equipes por 1.000 habitantes em situação de rua. Novembro de 2019.

REGIÃO	2009	2016	Equipes eCnR	por 1.000 PSR
Brasil	31.922	101.854	162	1,59
Nordeste		22.864	33	1,44
RN		1.187	5	4,21
Parnamirim		136	1	7,35
Mossoró		174	1	5,75
Natal	223	540	3	5,56

Fonte: MDS/ I Censo e Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua/2009; IPEA/2015; CNES/MS dezembro de 2018. Novembro de 2019.

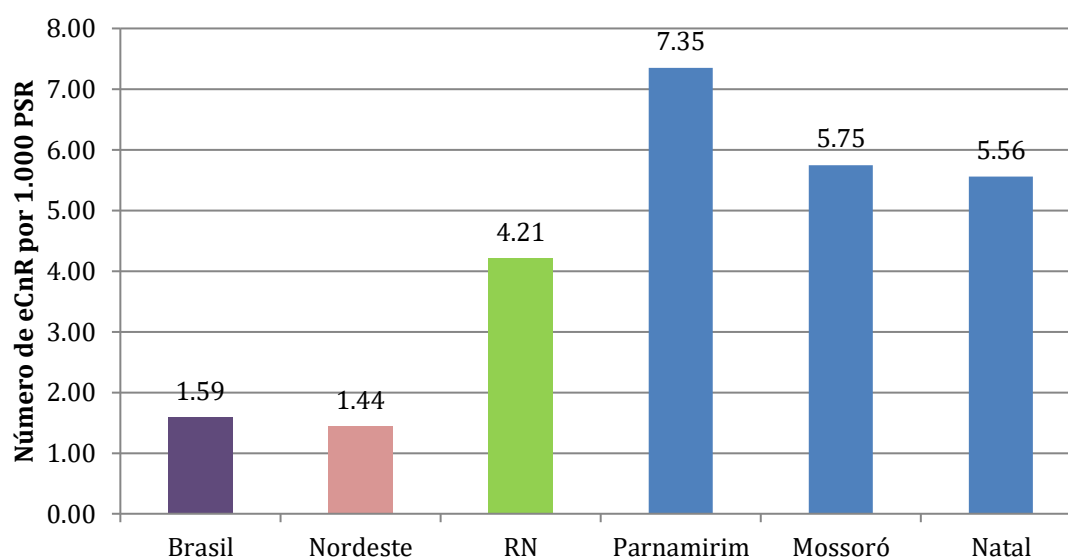
Gráfico 83 – Número de equipes de Consultório de Rua no Rio Grande do Norte, entre os anos de 2011 a 2019 (em 2011 e 2012 como Consultório de Rua).



Fonte: CNES/MS. Novembro/2019.

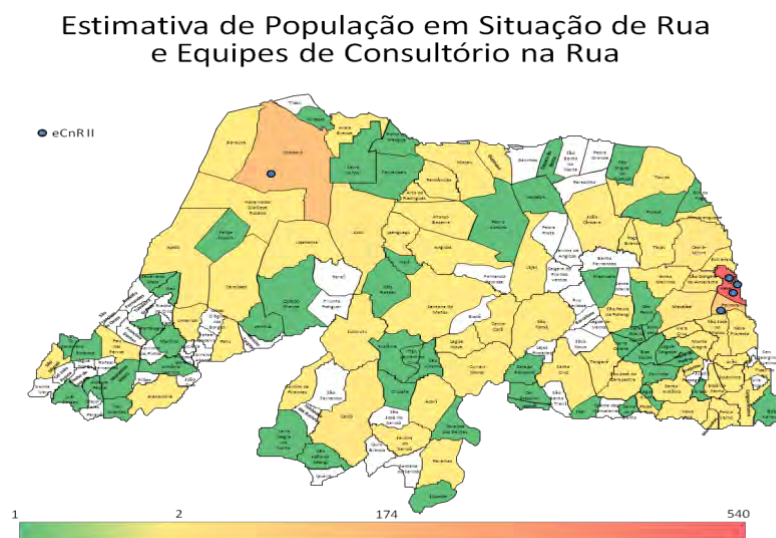
Ainda que, proporcionalmente, tanto o estado quanto os municípios de Natal, Mossoró e Parnamirim tenham uma média melhor que no Brasil e no Nordeste, em relação à cobertura, estima-se que 337 pessoas ainda sem cobertura nos municípios menores de 100.000 habitantes (considerando o levantamento do IPEA de 2016).

Gráfico 84 – Número de equipes de Consultório na Rua para cada 1.000 Pessoas em Situação de Rua (PSR) em 2019.



Fonte: CNES/MS Novembro 2019; IPEA 2016.

Figura 25 – Estimativa de População em Situação de Rua com base em pesquisa do IPEA 2016 por município e Consultórios na Rua implantados em julho 2019.



Fonte: CNES/MS competência Maio/2019. IPEA/2016. SESAP/2019

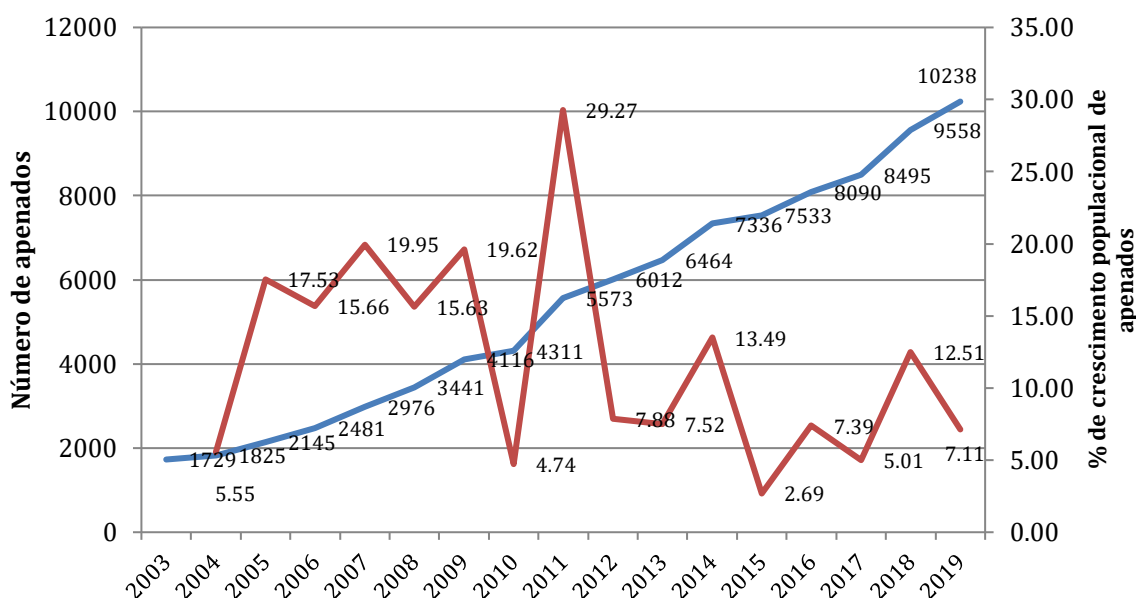
Fonte: IPEA 2016; SESAP 2019; CNES/MS julho 2019. Novembro 2019.

5.7.6. Saúde Prisional

Assim como a População em Situação de Rua, outra população específica que apresenta características próprias que justifiquem uma política específica, com equipes específicas da Atenção Primária à Saúde, é a população carcerária.

A população carcerária do estado cresceu, em média, 11,97% ao ano, de 2003 a 2019, contando neste momento com 10.238 pessoas privadas de liberdade. As pessoas privadas de liberdade em regime fechado são da ordem de 3.898, em regime semiaberto são 1.976, em regime aberto são 1.286, presos provisórios são 3.501 e medida de segurança 45. Temos 5.600 vagas, o déficit de vagas fica em torno de 4.638 (30,95%), o que acarreta a superlotação dos nossos presídios (Geopresídios/19).

Gráfico 85– Evolução da população carcerária no Rio Grande do Norte por número de apenados e crescimento populacional em relação ao ano anterior, de 2003 a 2019.



Fonte: Geopresídios, Novembro 2019.

O Sistema Prisional do RN apresenta em seus estabelecimentos penais cadeias públicas, penitenciárias, complexos penais, centros de detenção provisória (CDP) e uma Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento (UPCT).

Tabela 21– Unidades prisionais no estado em 2017 e 2019, população carcerária, equipes de Saúde Prisional e Proporção de equipes por cada 1.000 pessoas privadas de liberdade.

Unidade prisional	Município	População Carcerária		Equipes		Equipes por Apenados	
		2017	2019	2017	2019	2017	2019
Complexo Penal João Chavez-CPJC	Natal	1697	1627	1	1	0,59	0,61
Centro de Monitoramento Eletrônico de Tornozeleiras – CEME	Natal	0	1477	0	0		
Penitenciária Estadual de Alcaçuz	Nísia Floresta	1129	1266	1	1	0,89	0,79
CP Ceará-Mirim	Ceará-Mirim	600	1045	0	1	0,00	0,96
Penitenciária Estadual de Parnamirim	Parnamirim	599	938	1	1	1,67	1,07
Penitenciária Estadual Rogério Coutinho Madruga	Nísia Floresta	390	849	1	1	2,56	1,18
Complexo Penitenciário Agrícola Estadual Mário Negócio	Mossoró	539	599	0	0		
Penitenciária Estadual do Seridó	Caicó	319	525	0	0		
CP Natal	Natal	612	453	0	0		
CPR Pau dos Ferros	Pau dos Ferros	171	375	0	0		
CP Mossoró	Mossoró	204	322	1	1	4,90	3,11
CP Caraúbas	Caraúbas	216	221	0	1	0,00	4,52
Cadeia Pública de Nova Cruz	Nova Cruz	197	205	1	1	5,08	4,88
CDP Parnamirim FEM	Parnamirim	101	109	1	1	9,90	9,17
Centro de Recebimento e Triagem de Natal – CRT	Natal	0	99	0	0		
CDP Apodi	Apodi	88	83	1	1	11,36	12,05
UPCT	Natal	42	43	0	0		
CDP Jucurutu	Jucurutu	90		0	0		
CDP Parelhas	Parelhas	151		0	0		
CDP Macaíba	Macaíba	102		1	1	9,80	
CDP Parnamirim MAS	Parnamirim	99		0	0		
CDP Zona Sul	Natal	131		0	0		
CDP Macau	Macau	43		0	0		
CDP Ceará-Mirim	Ceará-Mirim	63		0	0		
CDP Currais Novos	Currais Novos	99		0	0		
CDP Santa Cruz	Santa Cruz	67		0	0		
CDP São Paulo do Potengi	São Paulo do Potengi	63		0	0		

CDP Pau dos Ferros	Pau dos Ferros	74	0	1			
CDP Patu	Patu	93	1	0	10,75		
CDP Nova Parnamirim	Parnamirim	78	0	0			
CDP Assu	Assu	88	0	0			
CDP Potengi	Natal	170	0	0			
CDP Zona Norte	Natal	201	0	0			
CDP Ribeira	Natal	102	0	0			
CDP Pirangi	Natal	85	0	0			
RN		8703	10236	10	12	1,15	1,17

Fonte: Geopresídios, CNES/MS. Novembro/2019.

Em 2017, o estado viveu uma rebelião sem precedentes no Complexo Penitenciário de Alcaçuz (janeiro de 2017), repercutindo em jornais de todo o país. Foram 12 dias de rebelião com registro oficial de 26 mortes e dezenas de feridos. Como resultado deste fato, o estado foi notificado pela Procuradoria Geral da República e Ministério Público Federal para no prazo de cinco anos resolver o problema de déficit de vagas, com o compromisso de garantir mil vagas em um ano, bem como a elaboração de um Plano Diretor do Sistema Prisional do RN.

O Decreto Nº 26.630, de 06 de fevereiro de 2017, criou a comissão para elaboração do Plano Diretor do Sistema Penitenciário do Estado do Rio Grande do Norte - PLADISPEN. O documento elaborado define metas e ações para os próximos cinco anos com etapas de curto, médio e longo prazo, envolvendo ações integradas de seis secretarias de Estado: da Justiça e Cidadania, Segurança e Defesa Social, Trabalho, Habitação e Assistência Social, Esportes, Saúde e Infraestrutura, e foi aprovado naquele mesmo ano no Decreto Nº 27.181, de 31 de julho de 2017, além de instituir o Comitê Gestor do Plano Diretor do Sistema Penitenciário do Rio Grande do Norte (COGEPLAN), para acompanhamento da execução do PLADISPEN.

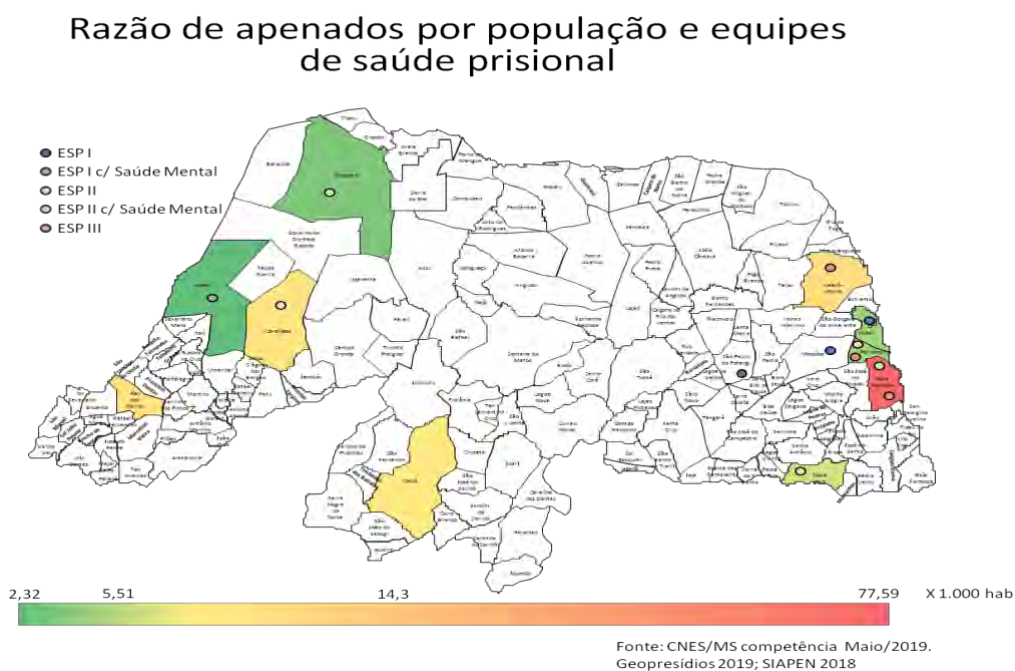
O período pós-rebelião foi de reestruturação dos dois presídios de Nísia Floresta, que foram contemplados com recursos federais, dado o decreto de estado de calamidade pública no sistema prisional do RN. Os recursos foram destinados às reformas dos pavilhões, com a separação entre os dois presídios: os pavilhões 1, 2 e 3 pertencentes a Alcaçuz foram separados pela construção de um muro dos pavilhões 4 e 5 do Presídio Rogério Coutinho Madruga. Também houve compra de

armamentos, preparação para concurso público com 570 vagas para agentes penitenciários, em função do déficit desta categoria para andamento do trabalho nos presídios e ausência de profissionais para traslado dos internos às audiências e transporte às ações de saúde fora dos presídios na rede pública de saúde.

O sistema prisional também passou por alterações no período, através de remanejamento das pessoas privadas de liberdade do fechamento de vários Centros de Detenção Provisória - CDP, o que fez com que dos 20 municípios que prioritários pela Secretaria de Justiça e Cidadania (19 com unidades prisionais existentes e mais Afonso Bezerra, cujo projeto não se viabilizou), nove municípios tiveram seu CDP fechado, passando a ter somente 10 municípios com estabelecimentos prisionais.

Nesse período de 2014, quando foi instituída a Política de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), até 2018 houve uma expansão de equipes de Saúde Prisional, porém, com a reestruturação do sistema e fechamento dos CDPs também houve perda das equipes de Patu e São Paulo do Potengi. Macaíba também tem a expectativa de descredenciamento nos próximos meses.

Figura 26 – Razão de apenados por 1.000 habitantes no Rio Grande do Norte equipes de Saúde Prisional por municípios.

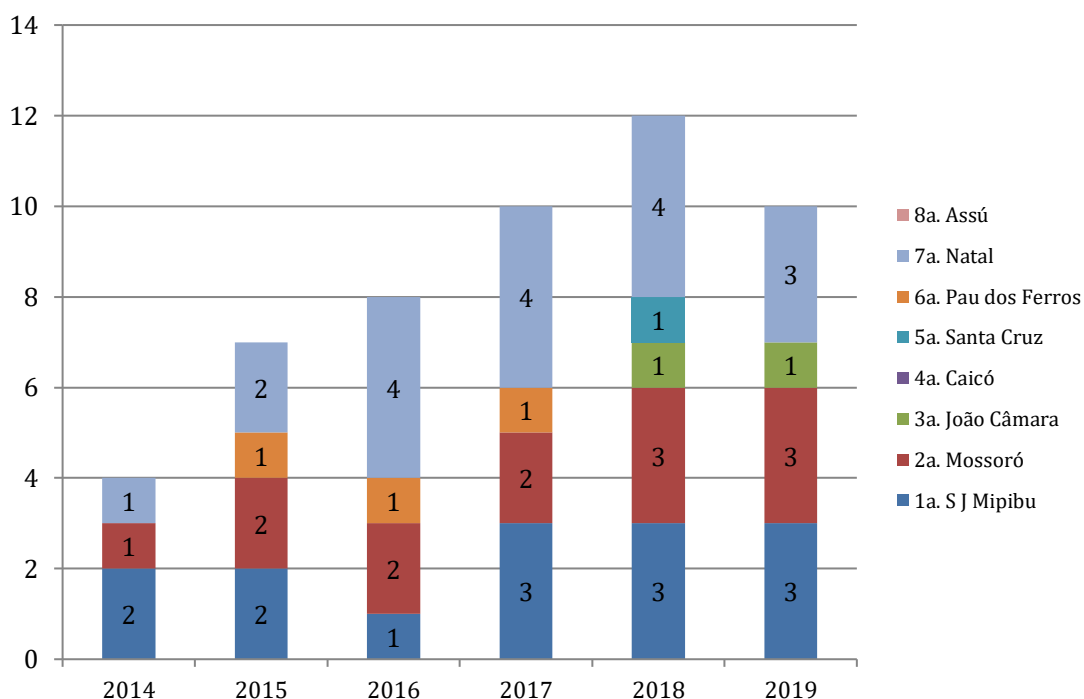


Fonte: CNES/MS maio 2019; Geopresídios 2019; SIAPEN 2018. Novembro/2019.

Em Mossoró a equipe cadastrada é uma Equipe de Saúde Prisional denominada, pelo Ministério da Saúde e pelo Departamento Penitenciário-DEPEN, de equipe híbrida, já que é constituída por profissionais do presídio federal, o município recebe os recursos e, pela ausência do profissional médico no quadro do DEPEN, o município banca os honorários do profissional que é contratado pelo município e presta serviços ao presídio federal. Nos estabelecimentos estaduais compostos pelo Complexo Penal Agrícola Mário Negócio-CPEAMN e Cadeia Pública de Mossoró-CPM, tem a atenção à saúde prestada através de uma equipe de Saúde da Família que atuava de forma pontual, porém espera-se tornar essa equipe em uma equipe de Saúde Prisional.

Já o município de Natal encontra-se com os recursos suspensos a espera de chamada de concurso público que possa consistir a equipe.

Gráfico 86 – Número de equipes de Saúde Prisional implantadas no Rio Grande do Norte por Região de Saúde de 2014 a 2019.



Fonte: CNES/MS Novembro 2019.

5.7.7. Unidades Básicas da Atenção Primária a Saúde

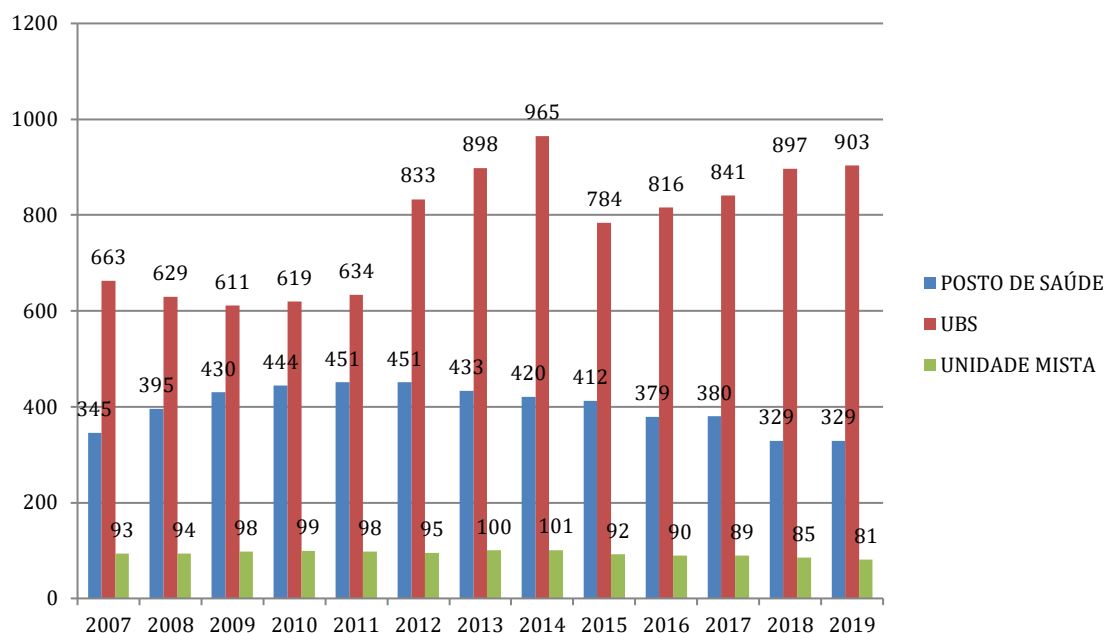
Com a publicação da Revisão da Política Nacional da Atenção Básica, em 2017, o último dispositivo da Atenção Primária à Saúde foi apresentado: o gerente de UBS. Apesar de desde fins de 2017 já estar presente na política, apenas em 2019 apresentou-se como seria a política de financiamento, o que levou a vários municípios solicitarem o credenciamento de gerentes. Até o momento, não possuímos no estado gerentes credenciados, porém 72 municípios solicitaram o credenciamento em 7 regiões de saúde, totalizando uma solicitação de 173 gerentes de UBS.

Tabela 22– Solicitações de credenciamento de gerentes de UBS à SESAP e CIB no ano de 2019.

REGIÃO DE SAÚDE	SOLICITAÇÕES DE GERENTES	MUNICÍPIOS
1a. S J Mipibu	34	11 (40,74%)
2a. Mossoró	44	11 (78,57%)
3a. João Câmara	12	5 (19,23%)
4a. Caicó	23	4 (16%)
5a. Santa Cruz	19	9 (42,86%)
6a. Pau dos Ferros	31	28 (75,68%)
7a. Natal	0	0 (0%)
8a. Assú	10	4 (33,33%)
RN	173	72 (43,11%)

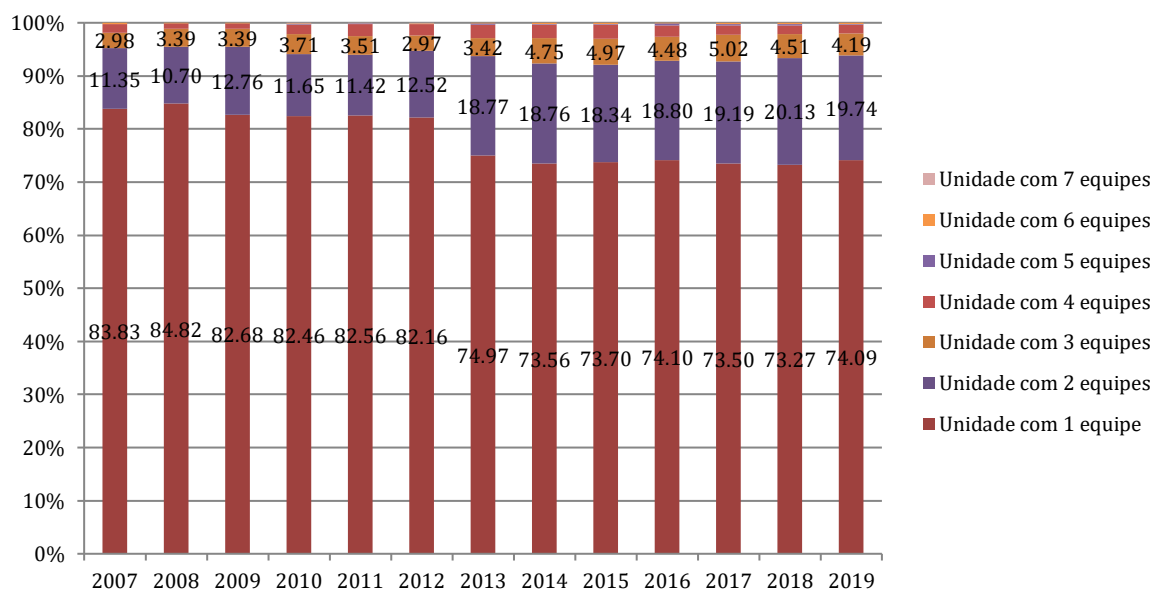
Fonte: SESAP. Novembro/2019

Acompanhando o processo de expansão das equipes de Estratégia Saúde da Família, houve um processo de expansão das unidades de saúde da Atenção Primária, ainda que não no mesmo ritmo e intensidade (Gráfico87). Isso aconteceu, provavelmente, por dois motivos: um processo de substituição de Unidades Mistas e Postos de Saúde (que não eram apenas pontos de apoio) em Unidades Básicas de Saúde e uma incorporação de mais equipes em uma única.

Gráfico 87 – Número de unidades de saúde por tipo e ano no RN.

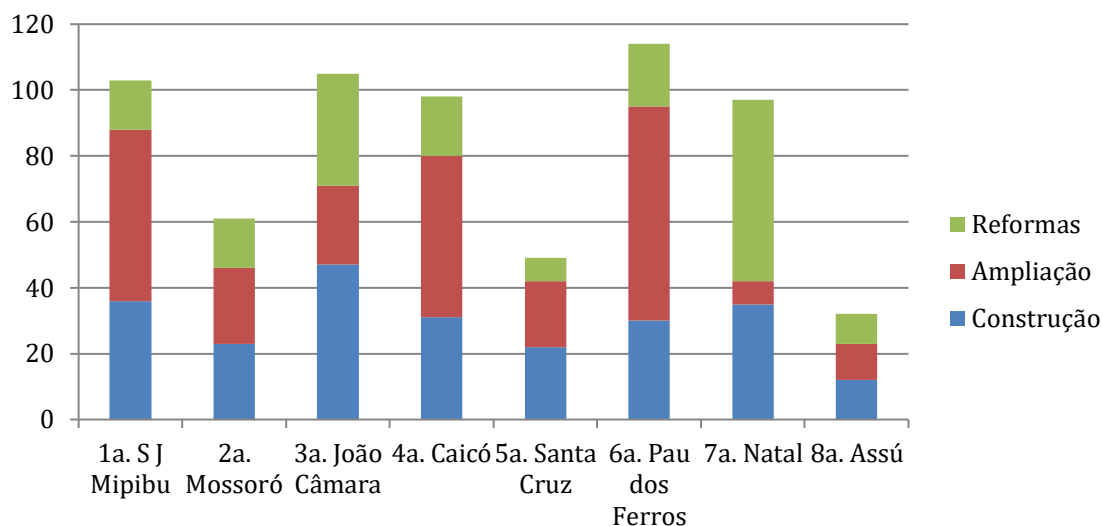
Fonte: SCNES/MS. Novembro/2019.

Em 2007, por exemplo, havia 663 UBS, 345 Postos de Saúde e 93 Unidades Mistas, 83,83% desse total de unidades com apenas uma equipe, e, em 2019, esse número passou para 903 UBS, 329 Postos de Saúde e 81 Unidades Mistas, com 74,09% desse número com apenas uma equipe.

Gráfico 88 – Proporção de Unidades de Saúde por número de equipes e ano no RN.

Fonte: SCNES/MS. Novembro/2019.

Gráfico 89 – Número de propostas de reforma, ampliação e construção de UBS entre 2011 e 2019 no RN, por Região de Saúde.



Fonte: SAPS/MAS. Novembro/2019.

5.7.8. Resolubilidade da Atenção Primária à Saúde

Para além do quantitativo de equipes e equipamentos da Atenção Primária à Saúde, é importante verificar a qualidade dessa atenção, ou seja, a resposta que o serviço apresenta frente aos principais problemas de saúde no território.

Uma das formas de medirmos isso é através do Índice de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB, um indicador de efetividade do Sistema de Saúde, em particular a Atenção Primária. Indica um conjunto de problemas de saúde que poderia ser evitado ou reduzido por ações efetivas de atenção primária (prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, controle de doenças crônicas, entre outras), mas que por algum motivo não o foram, resultando em uma internação do usuário (MENDES E OSIANO, 2013).

Apesar do mérito do indicador em medir a efetividade da Atenção Básica (ou Primária), ele ainda está sujeito a algumas críticas, já que reflete unicamente as informações hospitalares, não levando em conta outros eventos da saúde como mortes e outras complicações que não ocorram nos hospitais (como as que levam a um atendimento em UPA, por exemplo); utiliza dados secundários do Sistema de

Informação Hospitalar – SIH/SUS, dependendo da confiabilidade nos diagnósticos hospitalares; registra apenas as internações realizadas no âmbito do SUS e não identificar dupla ou tripla contagem de um mesmo paciente, em razão de reinternações e transferências de outros hospitais e não leva em conta a existência de fatores determinantes da hospitalização, que fogem do controle dos profissionais da atenção básica em saúde (MENDES E OSINO, 2013).

Quadro 03– Condições sensíveis à Atenção Básica conforme lista do Ministério da Saúde para cálculo do indicador do COAP/2014. Brasil, 2014.

CAPÍTULO DO CID-10	CONDIÇÕES AVALIADAS
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A15-A199; A33-A379; A50-A539; A95-A959; B05-B069; B16-B169; B26-B269; B50-B549; B77-B779; G000; I00-I029
2. Gastroenterites Infecciosas e Complicações	A00-A099; E86-E869
3. Anemia	D50-D509
4. Deficiências nutricionais	E40-E469; E50-E649
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66-H669; J00-J009; J01-J019; J02-J029; J03-J039; J06-J069; J31-J319
6. Pneumonias bacterianas	J13-J13.9; J14-J14.9; J15.3-J15.4; J15.8-J15.9; J18.1
7. Asma	J45-j459
8. Bronquites	J20.0-J21.9; J40-J42
9. Hipertensão	I10-I109; I11.0-I11.9
10. Angina	I20.0-I20.9
11. Insuficiência cardíaca	I50.0-I50.9
12. Diabetes mellitus	E10.0-E14.9
13. Epilepsias	G40.0-G40.9
14. Infecção no rim e trato urinário	N30-N309; N34-N349; N390
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46-A469; L01-L019; L02-L029; L03-L039; L04-L049; L08-L089
16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70-N709; N71-N719; N72-N729; N73-

	N739; N75-N759; N76-N769
17. Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte:Ministério da Saúde, 2020.

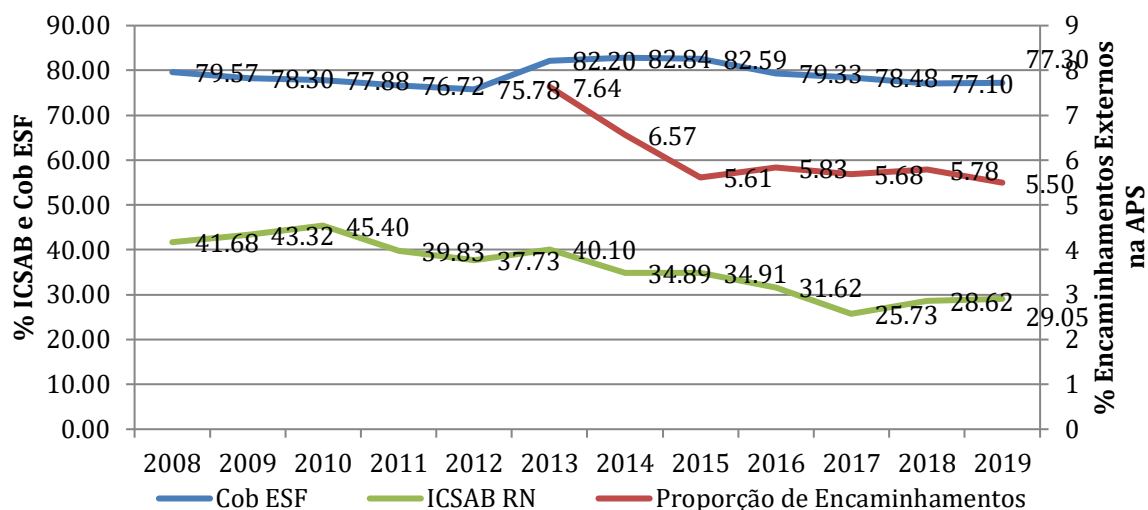
Considerando o Rio Grande do Norte e suas Regiões de Saúde, observa-se que há uma trajetória de queda dessa proporção. Ainda assim, o estado e a metade das regiões de saúde estão com uma proporção das ICSAB acima do parâmetro do IDSUS considerado (28,6%). As regiões da 4ª, 6ª, 7ª e 8ª não conseguiram ainda atingir o parâmetro, ainda que apresentem uma trajetória de queda ao longo do tempo. Isso se deve tanto a uma melhor cobertura da Atenção Básica, quanto a uma efetividade maior das equipes da ESF e uma melhora nos níveis sócio-econômicos dessas regiões.

Tabela 23 – Índice de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), por Região de Saúde, de 2008 a junho de 2019, e Mapa de Calor (quanto melhor mais próximo ao verde).

REGIÃO DE SAÚDE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1a. S. J. Mipibu	42,10	42,30	46,98	41,54	39,79	34,63	31,73	33,63	28,66	23,86	27,12	24,36
2a. Mossoró	40,87	45,17	44,31	37,76	39,64	39,40	31,18	29,96	25,17	19,23	22,22	26,21
3a. João Câmara	31,56	34,84	36,56	30,78	25,95	31,15	28,10	29,91	26,85	24,90	28,13	30,77
4a. Caicó	41,17	42,12	43,57	38,59	40,69	45,23	40,97	42,24	40,76	33,97	33,03	32,37
5a. Santa Cruz	47,00	47,17	48,70	35,40	33,32	29,45	30,53	27,42	25,43	22,96	21,05	22,54
6a. Pau dos Ferros	54,93	56,17	59,84	51,77	44,15	50,62	43,31	38,99	32,90	30,17	32,08	32,26
7a. Natal	36,46	36,22	37,53	35,21	33,68	32,84	29,61	32,76	31,41	22,16	28,87	28,17
8a. Assu	26,26	32,25	37,10	34,40	33,14	37,29	33,03	32,81	31,62	26,09	29,49	32,37
RN	41,68	43,32	45,40	39,83	37,73	40,10	34,89	34,91	31,62	25,73	28,62	29,05

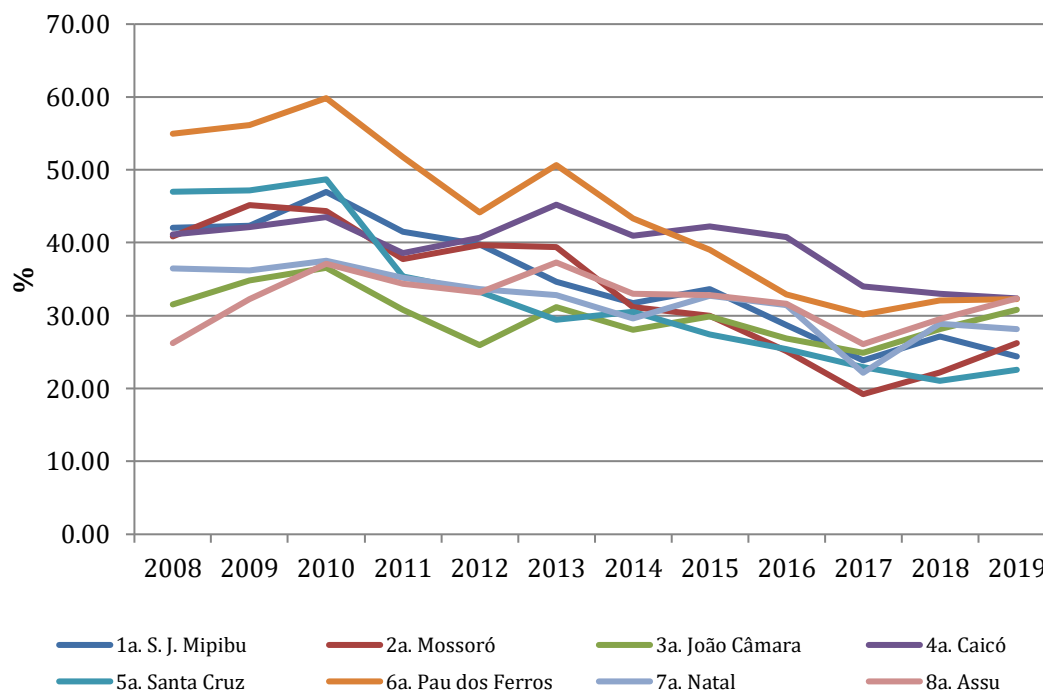
Fonte: SIH/MS. Junho 2019.

Gráfico 90 – Índice de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) no Rio Grande do Norte, no período de 2008 a junho de 2019, Cobertura de equipes da ESF no mesmo período e proporção encaminhamentos externos na APS de 2013 a 2019.



Fonte: SIH/MS. Junho de 2019; SAPS/MS, Julho de 2019; SISAB/SAPS/MS, junho 2019.

Gráfico 91 – Índice de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) nas Regiões de Saúde, no período de 2008 a junho de 2019.

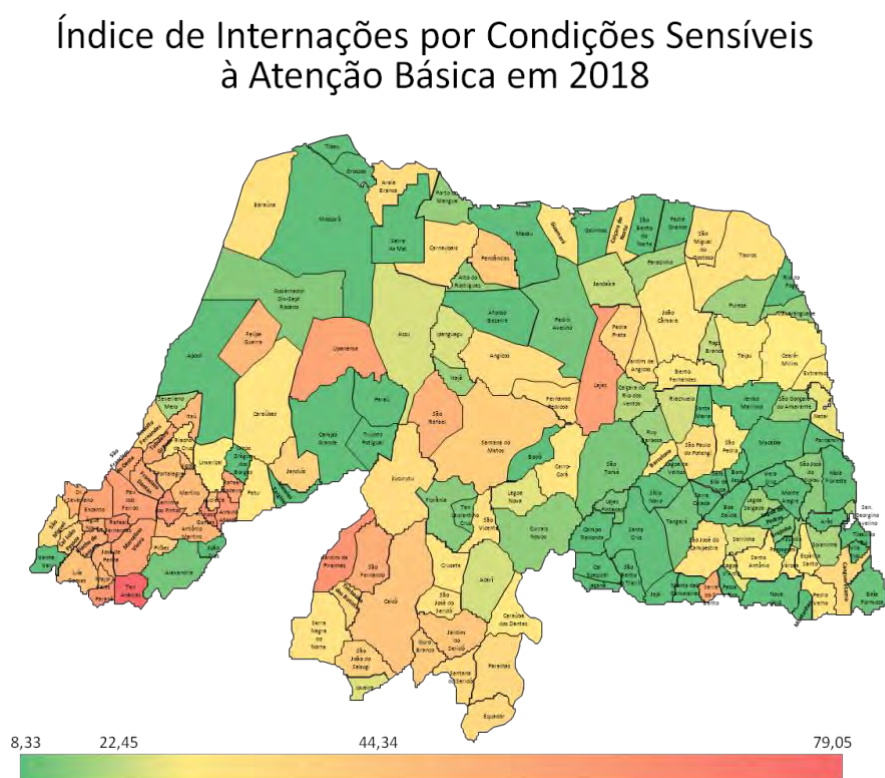


Fonte: SIH/MS. Junho de 2019.

Se por um lado a cobertura da Atenção Básica tem um impacto positivo no indicador, a dificuldade no acesso do usuário à Atenção Básica é um fator negativo. A dificuldade no acesso se dá tanto na marcação de consultas na Unidade Básica de Saúde, quanto no descumprimento da carga horária preconizada pela PNAB pelas equipes da ESF, o que impacta negativamente no manejo das condições crônicas e na busca ativa de casos antes que possam se agravar, gerando uma internação, ou seja, existe uma necessidade que a intervenção seja oportuna.

Além disso, a longitudinalidade da atenção pelas equipes da ESF é importante para evitar sucedidas internações de usuário pela mesma condição. Isto é, mesmo que ocorra a internação do usuário ele deve ser acompanhado pela equipe da ESF durante o período de internação e depois, quando retornar ao território. Ações de promoção da saúde e equipamentos como a Academia da Saúde também podem ter uma influência positiva no indicador.

Figura 27 – Índice de internações por condições sensíveis à Atenção Básica por município do Rio Grande do Norte em 2018.

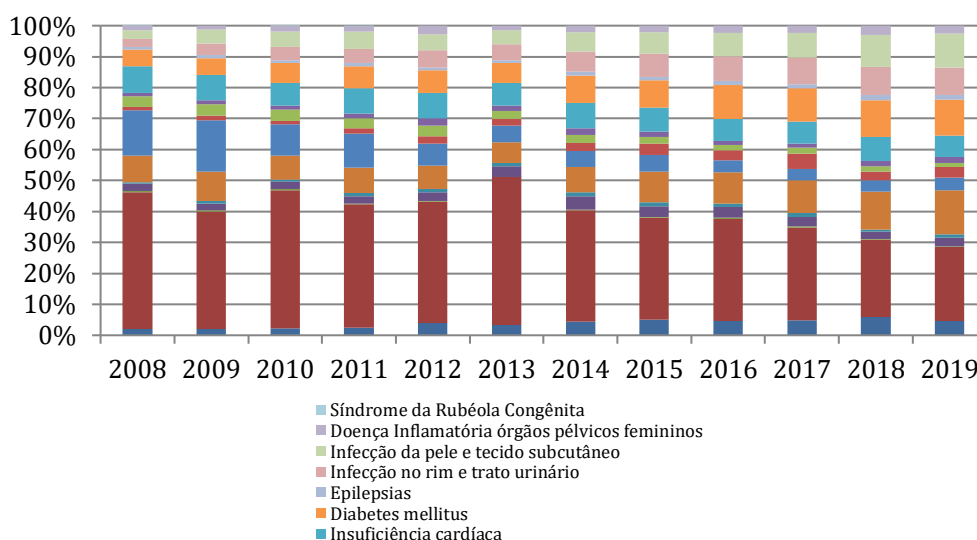


Fonte: SIH/MS junho 2019

Fonte: SIH/MS Junho de 2019.

Quando se avaliam os componentes do ICSAB no Rio Grande do Norte, observa-se uma mudança no seu padrão de distribuição ao longo do tempo. Se, em 2008, as gastroenterites representavam 44,29% e a asma 14,63%, ao longo do tempo houve uma diminuição dessa importância (e consequente aumento da relevância de outros componentes) ao ponto de, em 2018, as gastroenterites representarem 25,03% e a asma apenas 3,69%. Por outro lado, as pneumonias (12,26%), Diabetes (11,84%), Infecção do Trato Urinário (9,04%) e Infecções de pele e tecidos subcutâneos (10,42%) ganharam maior peso na composição do ICSAB.

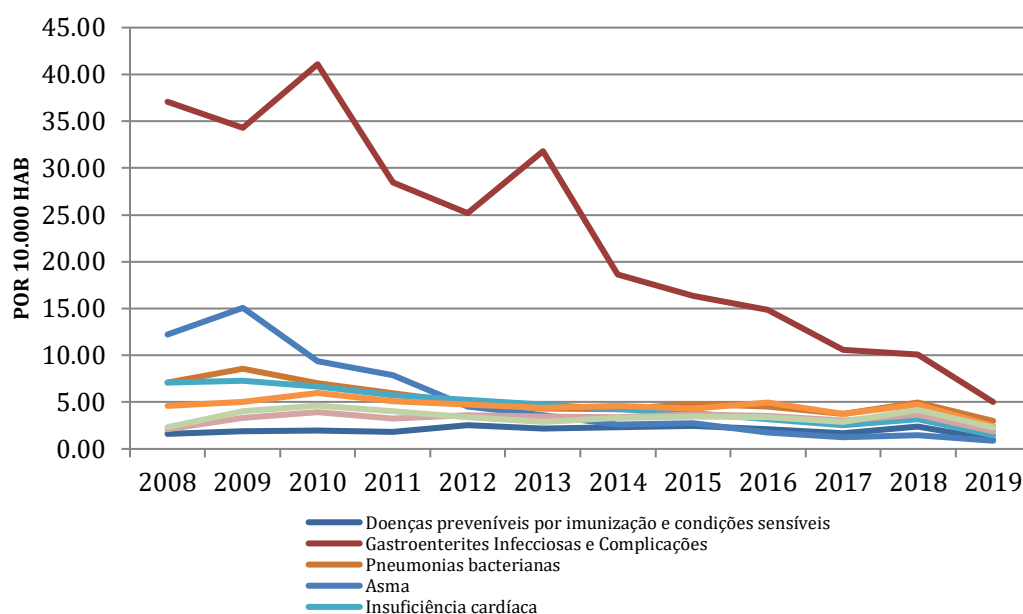
Gráfico 92 – Distribuição proporcional dos componentes do ICSAB no Rio Grande do Norte no período de 2008 a 2019.



Fonte: SIH/MS. Junho de 2019.

Importante que o fato que estes grupos ganharem peso na composição do ICSAB não significa que houve um aumento desses grupos. Pelo contrário, houve ao longo do tempo uma redução dessa taxa na população, mas ela ocorre de maneira desigual entre os diversos grupos, particularmente intensa no grupo de Gastroenterites.

Gráfico 93 – Taxa de internação nos principais grupos componentes do ICSAB no Rio Grande do Norte, no período de 2008 a junho de 2019, por 10.000 habitantes.

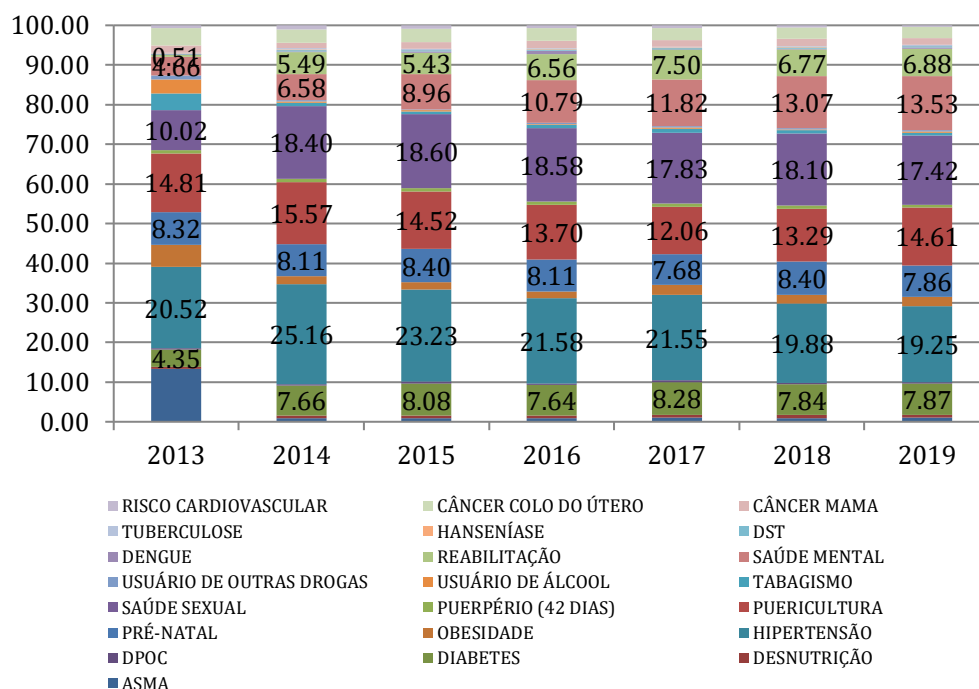


Fonte:SIH/MS; junho 2019. IBGE 2019.

Avaliando os principais grupos de agravos componentes do ICSAB com os problemas e condições atendidos pelas equipes da ESF, percebe-se que as condições e problemas com maior proporção de atendimento são as que possuem as menores taxas de encaminhamento e com menor peso como componente do ICSAB. A exceção é a diabetes, que é uma condição com peso grande no atendimento das equipes, com taxa de encaminhamento mediana (exatamente a 11ª em 22) em 2018, e grande peso também no ICSAB. Isso pode denotar que, ainda que haja um grande enfoque no manejo da diabetes nas equipes da ESF, um grande número de portadores de diabetes não consegue ainda ter acesso ao serviço, utilizando outras portas de entrada ao sistema, já com complicações, ou que as equipes não conseguem realizar o manejo adequado, fazendo com que as complicações acessem por outra porta de entrada.

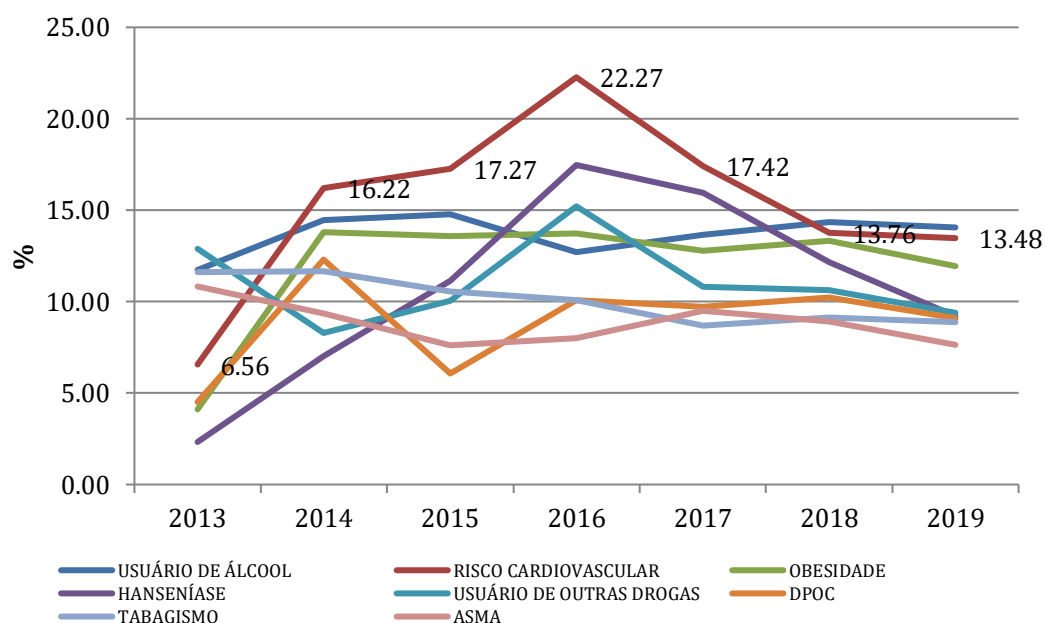
Por outro lado, entre os maiores encaminhamentos das equipes encontra alguma relação com os componentes com maiores pesos no ICSAB, como o caso do Risco Cardiovascular e Insuficiência Cardíaca.

Gráfico 94 – Proporção de atendimentos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e, relação aos problemas e condições avaliadas no Rio Grande do Norte, no período de 2013 a junho de 2019.



Fonte: SISAB/SAPS. Junho de 2019.

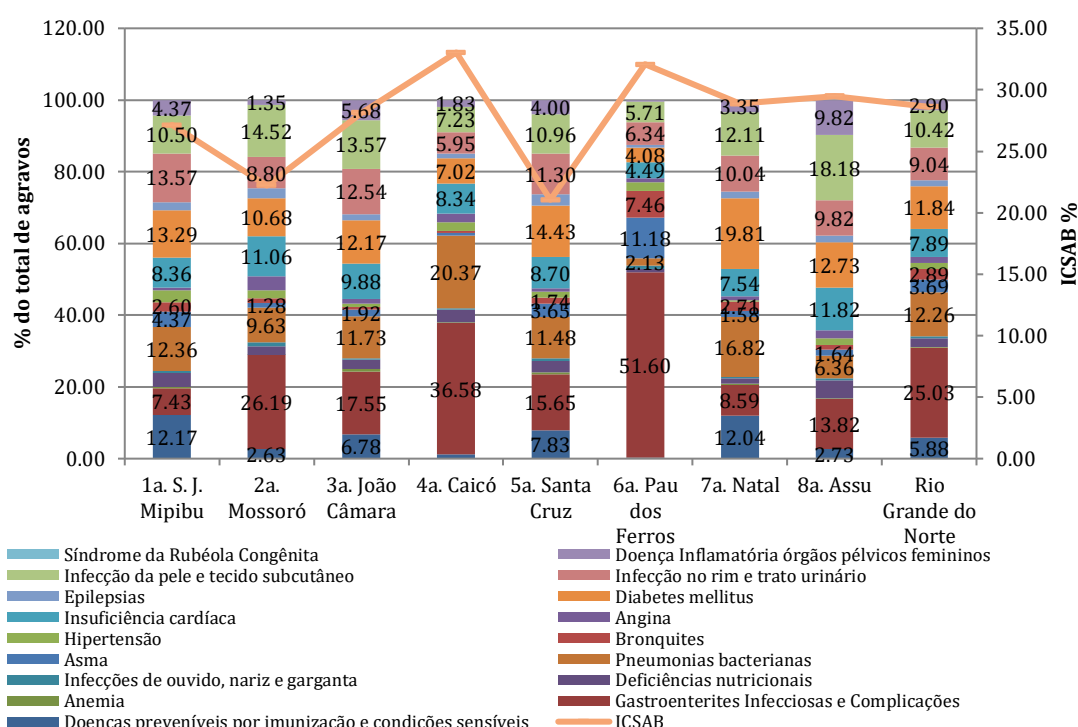
Gráfico 95 – Oito problemas e condições atendidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no estado, de 2013 a junho de 2019, com maiores taxas de encaminhamento.



Fonte: SISAB/SAPS. Junho de 2019.

Analisando a distribuição das condições no ICSAB em cada região de saúde, percebe-se que, em 2018, a composição de cada região em relação aos componentes varia muito. De uma maneira geral, as gastroenterites possuem uma importância menor na 1ª, 7ª e 8ª Regiões de Saúde, mas na 4ª e, principalmente, na 6ª possuem um peso que reflete diretamente nos respectivos índices de ICSAB (os maiores do estado). O perfil de composição do ICSAB acaba refletindo o perfil de morbidade da região e o perfil de acesso e encaminhamentos da APS da região.

Gráfico 96 – Distribuição proporcional dos componentes do ICSAB nas Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte no ano de 2018.



Fonte: SIH/MS. Junho de 2019.

Tabela 24 – Proporção de encaminhamentos por problema/condição avaliada pelas equipes da ESF no ano de 2018, por Região de Saúde.

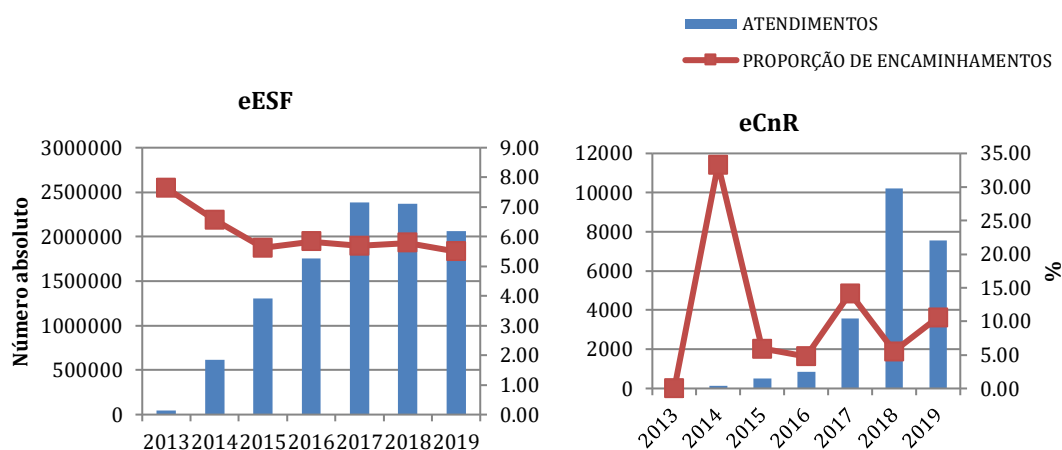
Problema / Condição Avaliada	1a. S J Mipibu		2a. Mossoró		3a. João Câmara		4a. Caicó		5a. Santa Cruz		6a. Pau dos Feros		7a. Natal		8a. Assú		RN	
	Prop. Enc.	Pos.	Prop. Enc.	Pos.	Prop. Enc.	Pos.	Prop. Enc.	Pos.	Prop. Enc.	Pos.	Prop. Enc.	Pos.	Prop. Enc.	Pos.	Prop. Enc.	Pos.	Prop. Enc.	Pos.
Asma	10,21	3	8,31	9	5,46	13	5,36	11	3,17	14	3,94	15	10,89	13	4,20	13	7,64	8
Desnutrição	8,89	7	6,70	11	4,66	16	4,43	14	5,36	8	7,63	8	13,43	6	5,09	11	7,44	11
Diabetes	8,09	9	5,68	14	6,25	9	4,08	16	3,41	12	7,92	5	10,92	12	4,03	14	7,46	10
Dpoc	9,77	4	9,53	6	3,31	19	7,20	6	5,70	6	8,83	3	16,28	5	7,32	7	9,11	6
Hipertensão	6,81	11	5,08	17	5,87	11	3,51	19	2,68	15	4,84	13	11,01	10	3,35	16	6,52	13
Obesidade	9,30	6	11,57	2	11,01	3	9,43	3	6,65	3	15,34	2	16,86	4	8,25	5	11,94	3
Pré-natal	4,11	17	2,68	20	5,39	14	5,79	9	2,30	18	5,88	11	5,55	18	3,27	17	4,64	18
Puericultura	3,35	21	2,39	21	4,21	17	2,67	21	1,09	20	2,42	20	5,35	19	1,58	20	3,32	21
Puerpério (42 dias)	2,32	22	0,97	22	1,29	22	1,42	22	0,90	22	1,20	22	3,26	22	1,38	21	1,83	22

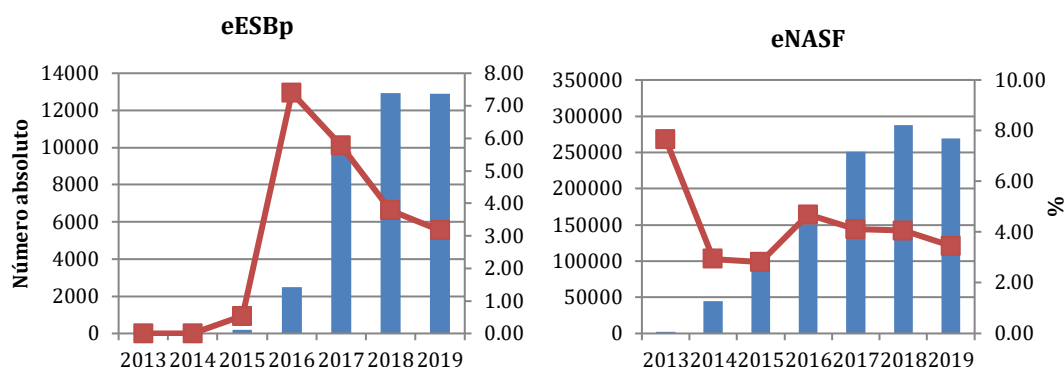
Saúde sexual	3,38	20	3,54	19	2,81	20	3,89	17	2,67	16	3,89	16	5,20	20	2,52	18	3,70	20
Tabagismo	8,82	8	8,89	8	7,13	8	4,81	12	4,81	10	7,70	7	13,37	8	6,12	8	8,87	7
Usuário de álcool	11,00	2	12,92	1	13,31	1	8,62	4	5,31	9	6,00	10	22,82	1	12,27	2	14,06	1
Usuário de outras drogas	9,45	5	10,69	4	8,94	5	6,69	7	6,09	5	8,21	4	13,38	7	8,93	4	9,39	4
Saúde mental	6,55	12	6,35	12	5,94	10	2,81	20	2,41	17	4,75	14	9,87	15	3,82	15	5,90	15
Reabilitação	6,38	14	5,51	15	5,59	12	5,70	10	3,91	11	2,31	21	10,95	11	2,10	19	5,76	16
Dengue	3,44	19	6,86	10	3,75	18	10,33	2	3,18	13	2,72	19	8,98	16	9,60	3	6,28	14
Dst	5,82	15	5,89	13	7,68	7	6,01	8	5,46	7	7,80	6	10,13	14	5,33	10	7,53	9
Hanseníase	6,84	10	11,39	3	9,68	4	7,50	5	16,67	1	15,63	1	18,29	2	0,00	22	9,22	5
Tuberculose	4,06	18	5,15	16	8,71	6	4,09	15	1,06	21	5,67	12	4,98	21	8,13	6	5,04	17
Câncer mama	6,54	13	9,87	5	5,06	15	4,58	13	6,25	4	3,42	18	12,71	9	6,00	9	7,09	12
Câncer colo do útero	5,48	16	4,39	18	2,69	21	3,74	18	2,25	19	3,65	17	6,44	17	4,61	12	4,44	19
Risco cardiovascular	11,55	1	9,00	7	11,39	2	12,28	1	9,55	2	6,23	9	17,89	3	15,19	1	13,48	2
Total	5,68		4,87		4,99		3,88		2,63		4,19		8,81		3,25		5,50	

Fonte: SISAB/SAPS. Junho de 2019.

Para além do ICSAB, é importante, quando se analisa a resolubilidade da APS, o perfil das equipes: quantas equipes informam o Sistema de Informação da Atenção Básica – SISAB, qual a proporção de encaminhamentos, a proporção de encaminhamentos para o NASF e o perfil de desfecho dos casos.

Gráfico 97 – Número de Atendimentos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (eESF), Consultório na Rua (eCnR), Saúde Prisional (eESBp) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNASF) no Rio Grande do Norte e as respectivas Proporções de Encaminhamentos de 2013 a junho de 2019.



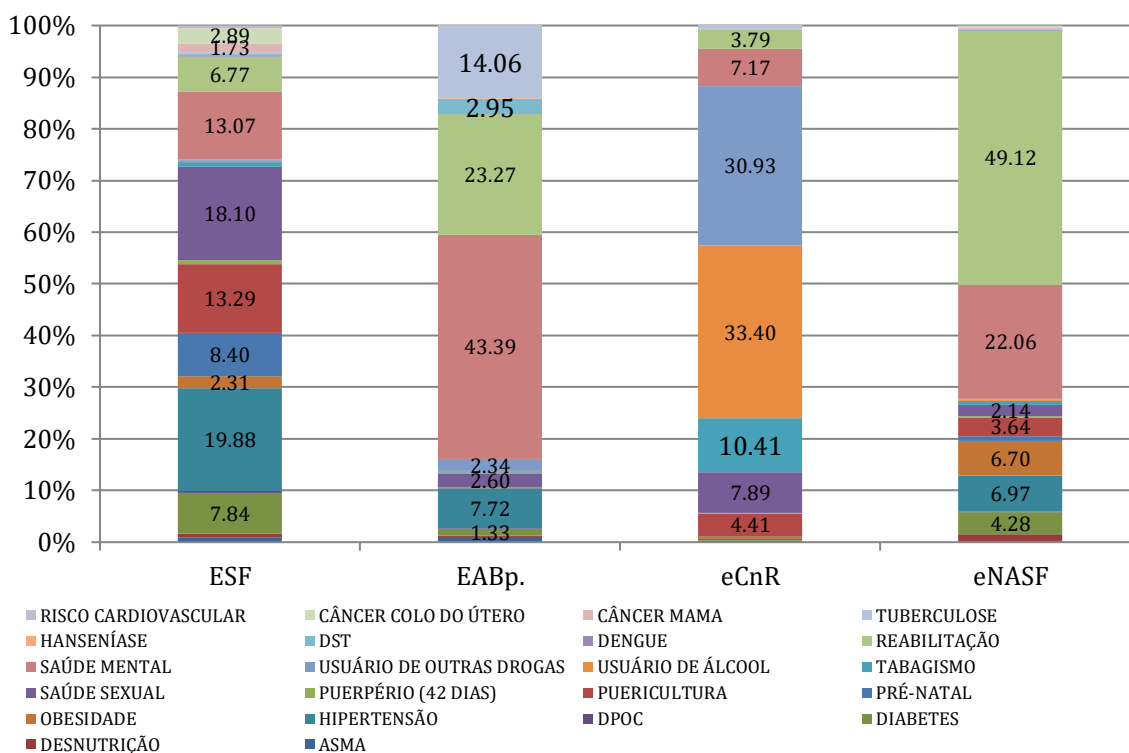


Fonte: SISAB/SAPS Junho de 2019.

Observa-se uma diferença de perfil em relação aos atendimentos e na proporção de encaminhamentos, sendo as equipes de Consultório na Rua e Estratégia Saúde da Família que mais encaminharam em 2018 e as que menos encaminham são as equipes do NASF e de Saúde Prisional, devido às características próprias das equipes. As equipes de Saúde Prisional, por sinal, apresentam uma queda acentuada na proporção dos encaminhamentos desde 2016, mas isso não parece uma melhora na resolubilidade da atenção e sim uma dificuldade estrutural em se viabilizar os encaminhamentos da população carcerária.

Analisando o perfil de atendimento das equipes, também se observa que o perfil herda a forma como as equipes foram estruturadas em sua formação. Enquanto as equipes da ESF apresentam um equilíbrio entre os problemas e condições avaliadas, com um enfoque em condições crônicas (hipertensão e diabetes), saúde sexual e reprodutiva (pré-natal, puericultura e saúde sexual, este último centrado na dispensação de métodos contraceptivos) e Saúde Mental, as equipes de Saúde Prisional têm um enfoque na Saúde Mental, reabilitação e tuberculose, o que condiz com o grande número de casos de tuberculose notificados nas unidades prisionais do estado, as equipes de Consultório na Rua, mesmo com a mudança para o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, continua com um perfil como o que foi motivado para a criação dos consultórios de rua, com enfoque em álcool e drogas, e, por fim, as equipes do NASF possuem um perfil muito voltado para a reabilitação e Saúde Mental, o que condiz com o perfil profissional das equipes do NASF no estado, com uma composição grande de psicólogos e fisioterapeutas.

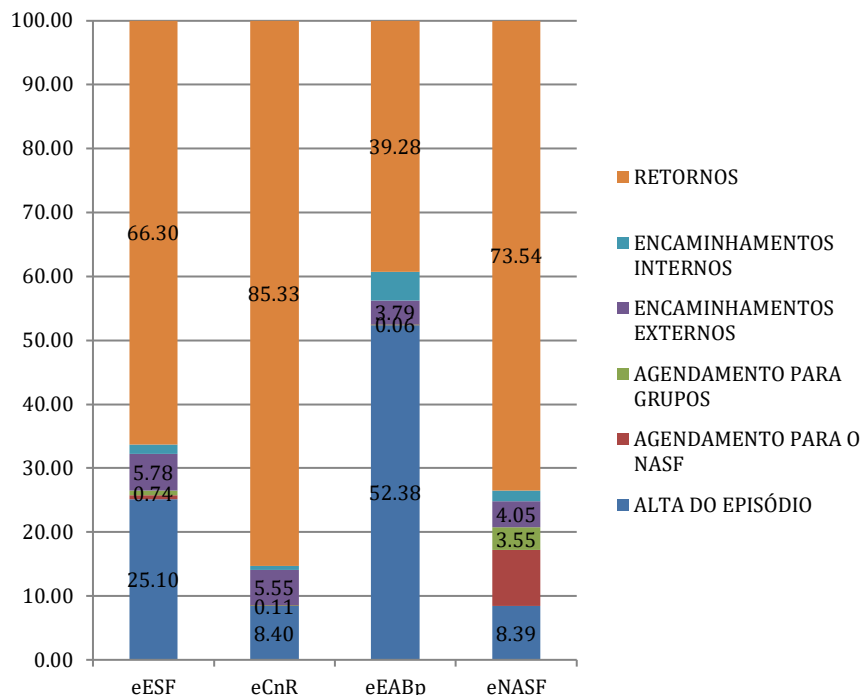
Gráfico 98 – Perfil de atendimentos por problema e condição avaliada entre as equipes de Atenção Primária à Saúde no ano de 2018 no Rio Grande do Norte.



Fonte: SISAB/SAPS. Junho 2019.

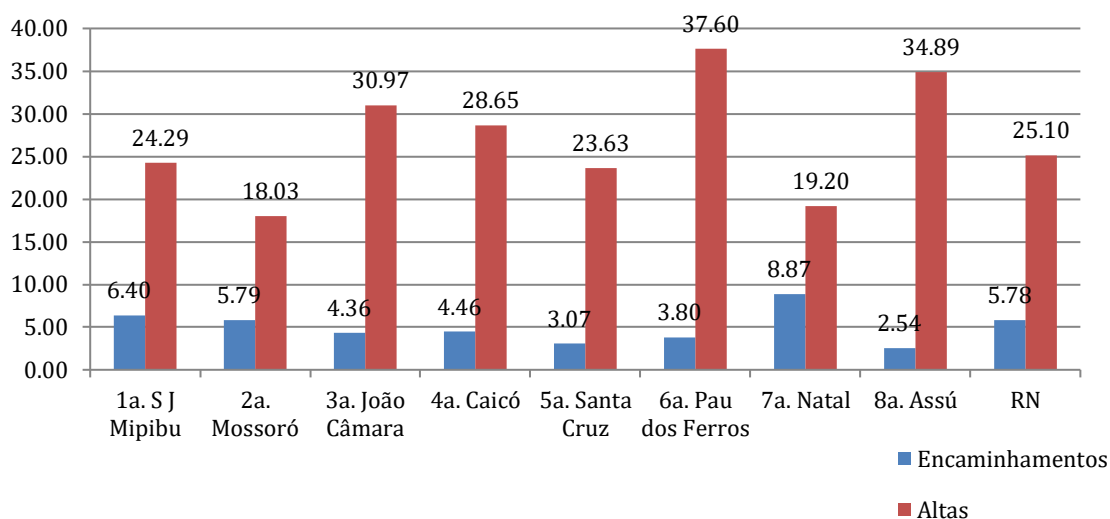
O perfil de desfecho também varia em relação ao tipo de equipe de APS. Com a exceção das equipes de Saúde Prisional, em que a maior parte dos atendimentos resultam em alta do episódio, nos demais tipos de equipe os retornos que compõem são prevalentes em relação aos demais desfechos. As equipes de Saúde Prisional também possuem como característica a ausência de trabalhos com grupos e agendamento para o NASF. Juntamente com as equipes de Consultório de Rua, as equipes do NASF são as que apresentam, proporcionalmente, as menores altas de episódio, isso se deve ao perfil da equipe e dos atendimentos, focados em Saúde Mental, Álcool e Drogas e Reabilitação, que demandam uma taxa de retorno maior dos casos.

Gráfico 99 – Perfil dos desfechos dos atendimentos realizados pelas equipes da APS no RN no ano de 2018.



Fonte: SISAB/SAPS. Junho de 2019.

Gráfico 100 – Proporção de Encaminhamentos Externos e Altas em 2018 entre as equipes da ESF por Região de Saúde no RN.

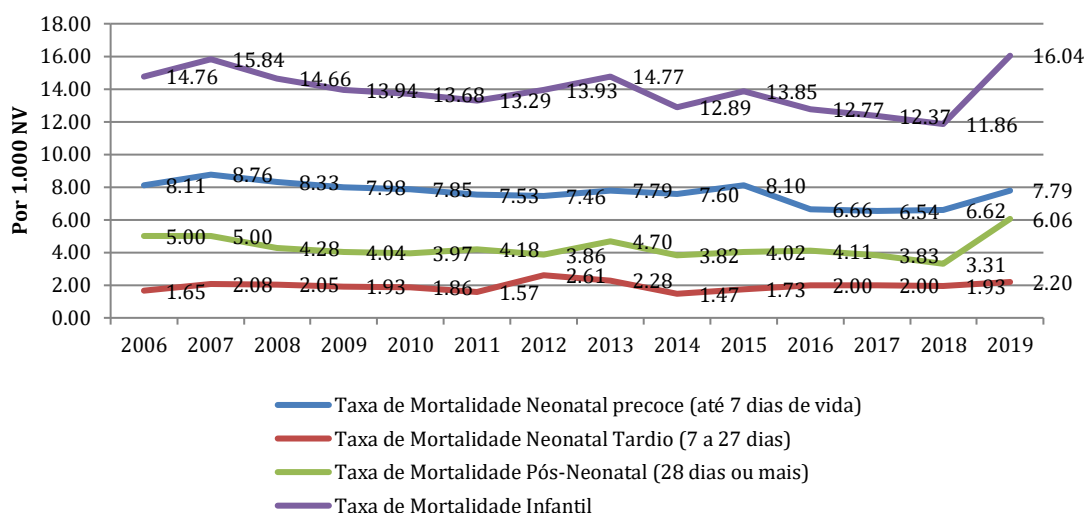


Fonte: SISAB/SAPS Junho de 2019.

A resolubilidade da APS tem uma ação direta sobre outros indicadores de saúde. A Taxa de Mortalidade Infantil, apesar da redução que conseguimos, ainda que discreta, entre os anos de 2006 a 2018, não conseguimos avançar entre

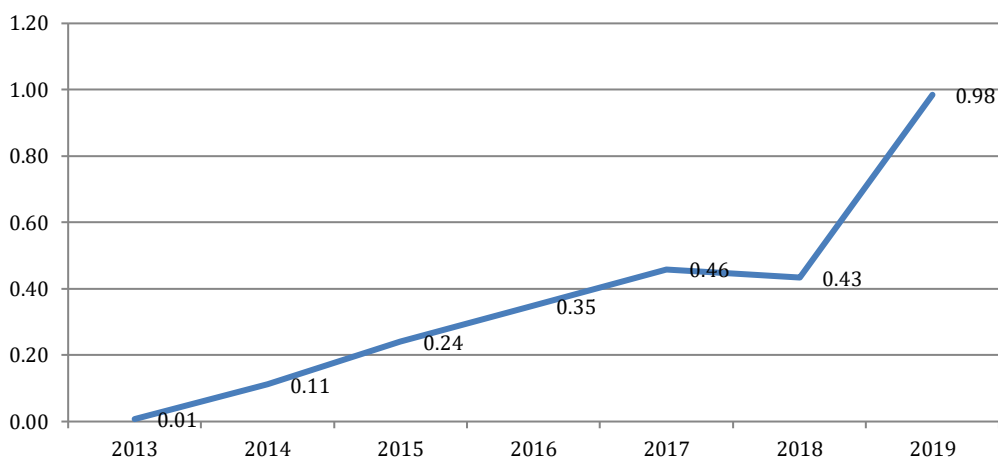
mortalidade neonatal precoce e a mortalidade pós-neonatal e isso tem ligação direta às consultas puerperais com até 42 dias e à qualidade dessas consultas. Em 2018, por exemplo, a razão de consultas puerperais (42 dias) por nascidos vivos foi 0,43, ou seja, menos de uma consulta do recém-nascido e puérpera nos primeiros 42 dias pós-parto, quando o ideal seriam duas consultas no período. Isso denota uma baixa capacidade de identificação e captação de puérperas em tempo oportuno, tanto por parte das equipes da ESF quanto por parte dos agentes comunitários de saúde (ACS).

Gráfico 101 – Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes no Rio Grande do Norte (2019 ainda sujeito a mudanças).



Fonte: SIM/MS Junho 2019.

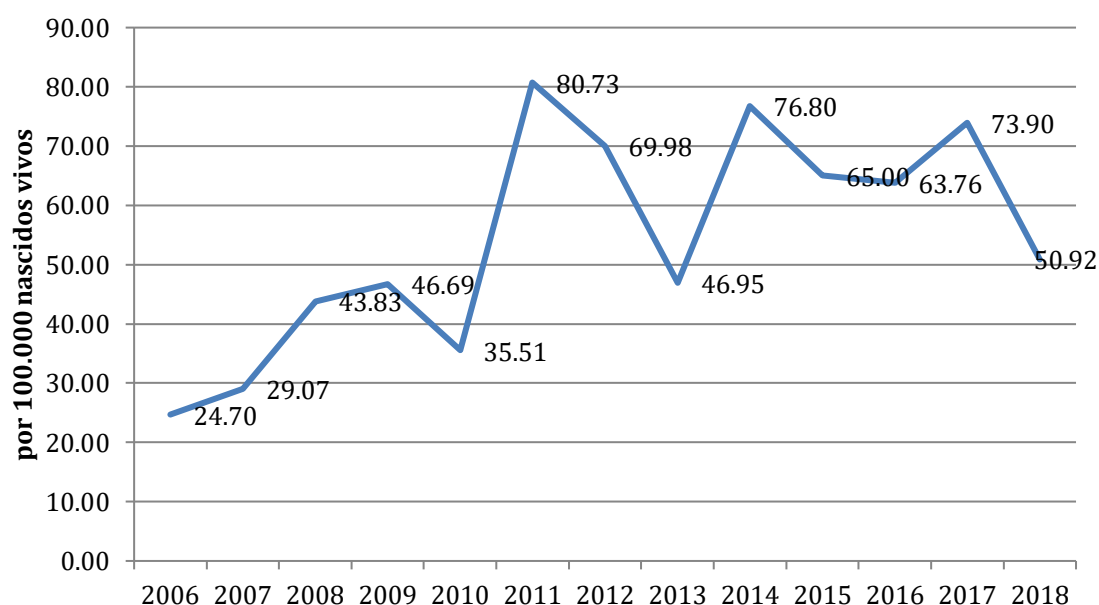
Gráfico 102 – Razão de consultas puerperais (42 dias) por nascidos vivos pelas equipes da ESF no Rio grande do Norte no período de 2013 a 2019 (2019 sujeito a revisão).



Fonte: SISAB/SAPS Junho de 2019; SINASC/MS Junho de 2019.

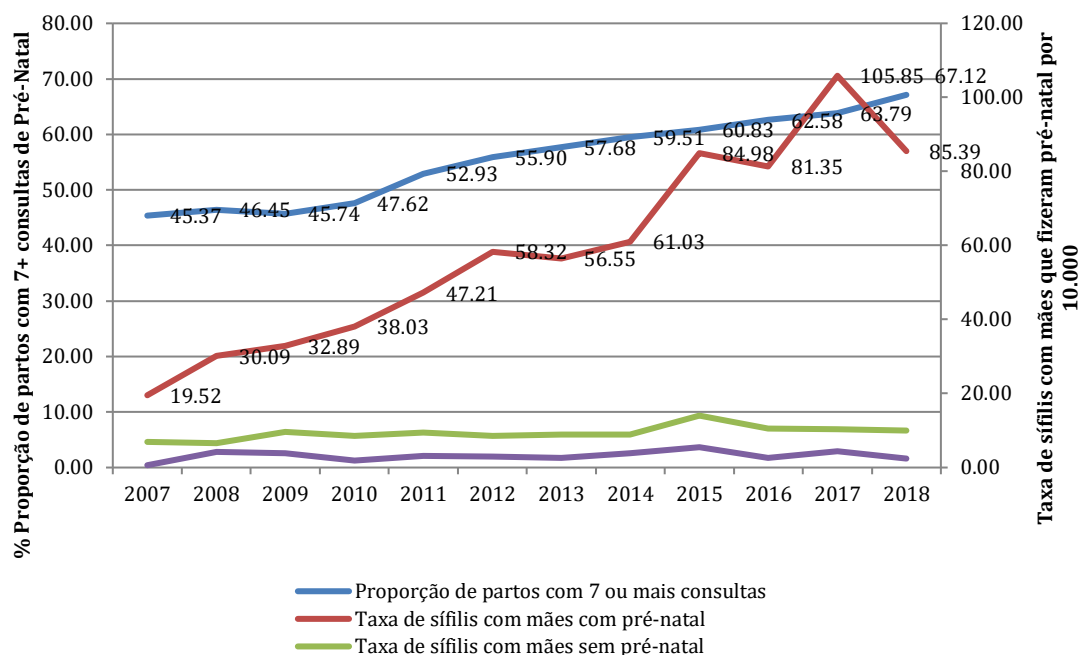
A Taxa de mortalidade materna, desde 2011, apesar de picos e vales, encontra-se estacionado em um patamar muito alto, isso a despeito do aumento da proporção de partos com sete ou mais consultas de pré-natal (67,12% em 2018). O aumento da proporção do parto com consultas de pré-natal com o número adequado não resultou na diminuição do risco em morrer na maternidade, o que nos leva a questionar a qualidade desse pré-natal. Isso é mais denotado quando se observa outro indicador: a taxa de sífilis congênita. O número de casos de sífilis congênita aumenta em uma proporção relativamente constante desde 2007 em todas as Regiões de Saúde, em especial na 7ª Região de Saúde, mas dois pontos chamam a atenção: mais da metade dos casos de sífilis congênita se deram em mães que tinham o resultado positivo para sífilis ainda no pré-natal e é esse grupo que apresenta aumento no número de casos, a despeito do número de consultas de pré-natal. Novamente é a qualidade do pré-natal que deve ser analisada e não a quantidade, seja por falta do diagnóstico oportuno da sífilis e outros exames do pré-natal, seja por deficiência no tratamento do caso identificado, que ocorre ou porque a unidade básica não executa o tratamento, com a aplicação da penicilina, ou porque não consegue a adesão do parceiro(s), levando a uma recidiva do caso.

Gráfico 103 – Taxa de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos no Rio Grande do Norte de 2006 a 2018 (2018 sujeito a revisão).



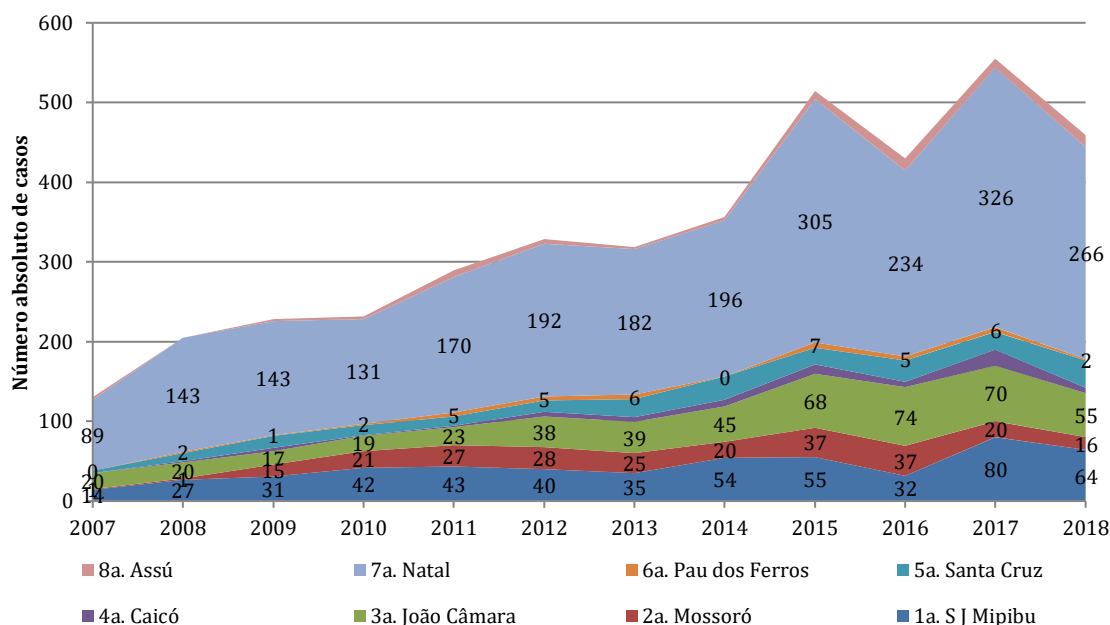
Fonte: SIM/SINASC/MS; junho de 2019.

Gráfico 104 – Proporção de partos com 7 ou mais consultas de pré-natal e Taxa de sífilis congênita por 10.000 nascidos vivos no Rio Grande do Norte de acordo com o Pré-natal da mãe, de 2007 a 2018.



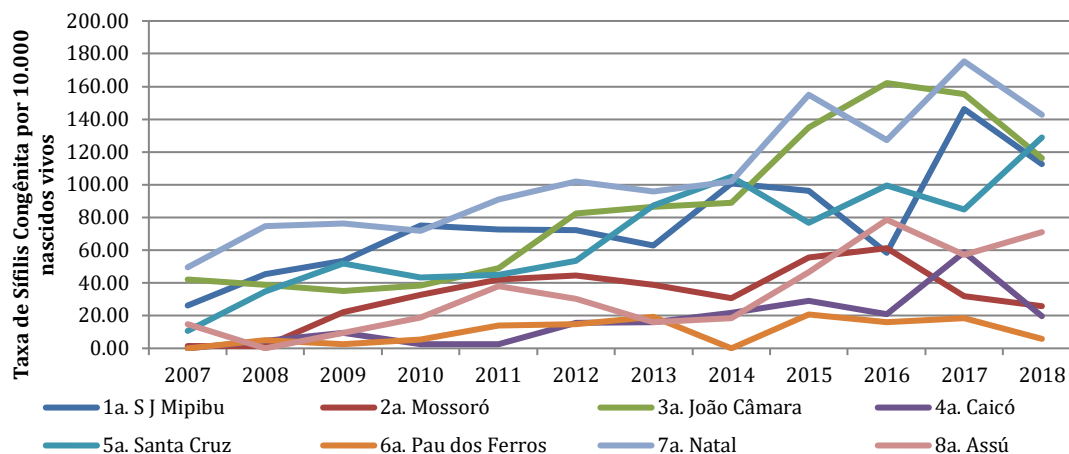
Fonte: SINASC/MS junho de 2019.

Gráfico 105 – Número de casos de sífilis congênita por Região de Saúde e ano no Rio Grande do Norte.



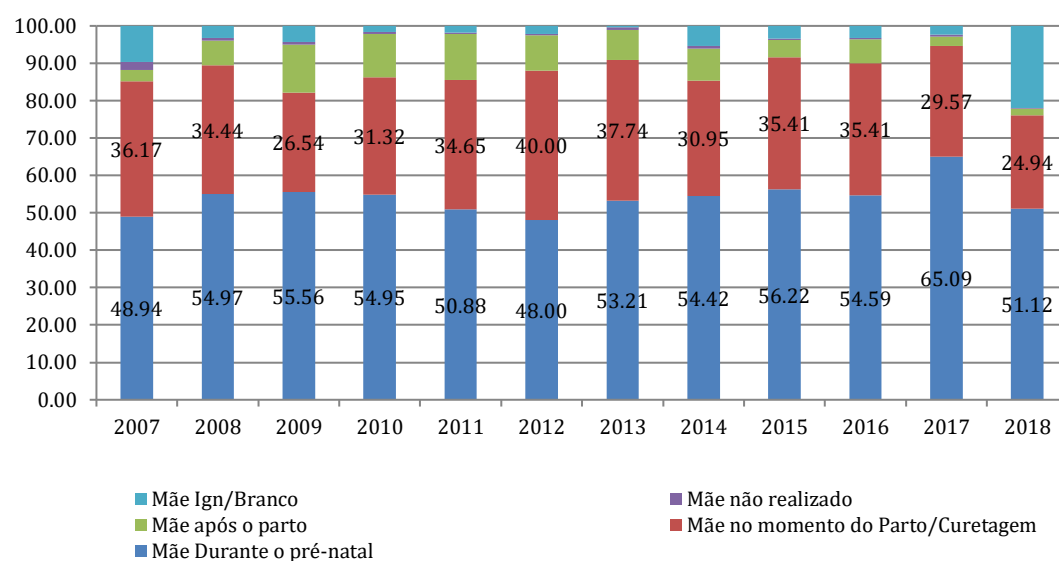
Fonte: SINAN/MS junho de 2019.

Gráfico 106 – Taxa de Sífilis Congênita por 10.000 nascidos vivos por Região de Saúde e ano no Rio Grande do Norte.



Fonte: SINAN/SINASC/MS junho de 2019.

Gráfico 107 – Proporção do momento de identificação da sífilis na mãe no Rio Grande do Norte de 2007 a 2018.



Fonte: SINAN/MS junho de 2019.

5.7.9. Acompanhamento dos Condicionantes do Programa Bolsa Família

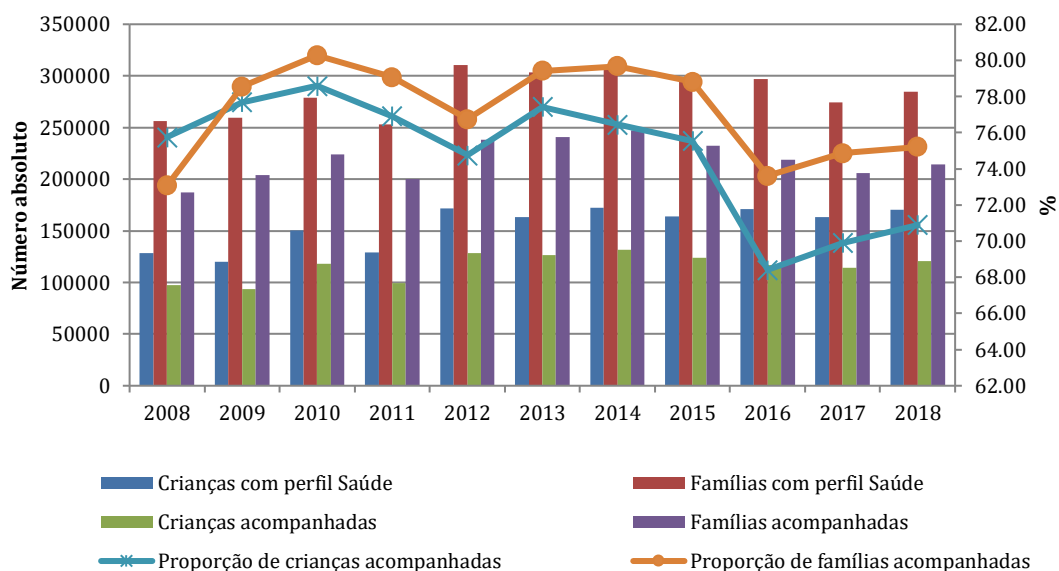
Outro indicador que é monitorado na Atenção Primária à Saúde, com o intuito de se avaliar e traçar políticas públicas para populações de maior vulnerabilidade, é o índice de acompanhamento dos condicionantes do Programa Bolsa Família (PBF). O PBF é um programa federal de transferência direta de renda com condicionalidades, destinado às famílias em situação de pobreza ou em extrema pobreza. Tendo em vista a diretriz de equidade e os compromissos do Sistema Único

de Saúde (SUS) na redução das desigualdades sociais e pobreza e considerando a APS como principal porta de entrada do cidadão aos serviços, o acompanhamento das condicionalidades de saúde insere-se no rol das atividades pactuadas na APS, oportunizando o olhar para a condição de saúde da unidade familiar.

Na área da Saúde, as condicionalidades são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de sete anos e/ou gestantes, sendo acompanhadas semestralmente quanto o acompanhamento da vacinação e da vigilância alimentar e nutricional de crianças menores de sete anos, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério, dentre outras ações disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde.

No Rio Grande do Norte, na primeira vigência de 2018, havia 284.714 famílias com perfil de saúde (famílias com mulheres em idade fértil e crianças menores de 7 anos em sua composição), sendo 215.165 famílias acompanhadas (75,22%), totalizando 449.656 pessoas, sendo 120.964 crianças menores de 7 anos (70,89% do total) e 328.692 mulheres (62,65% do total), 8.774 delas gestantes.

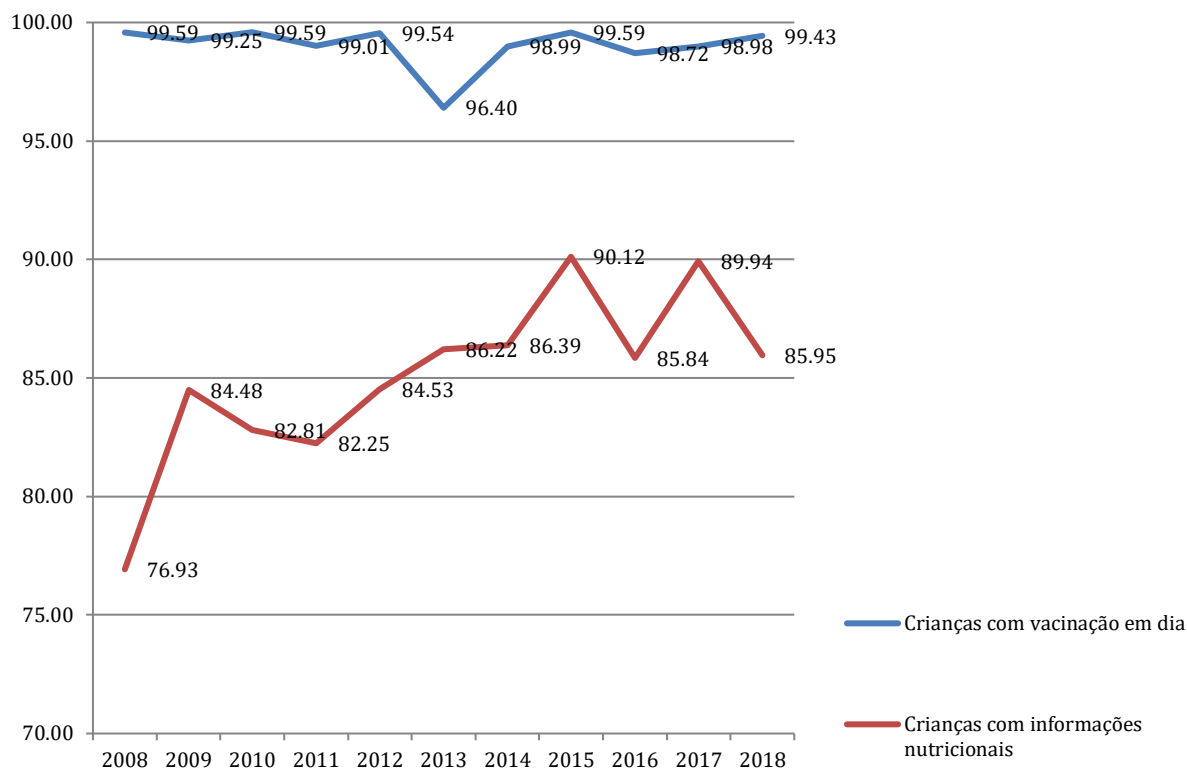
Gráfico 108 – Monitoramento dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Rio Grande do Norte, de 2008 a 1ª vigência de 2018.



Fonte: PBF/MS novembro de 2019.

Das crianças acompanhadas, 99,43% delas estavam com a vacinação em dia e 85,95% com as informações nutricionais coletadas, o que representa a média histórica entre os anos de 2008 e 2018.

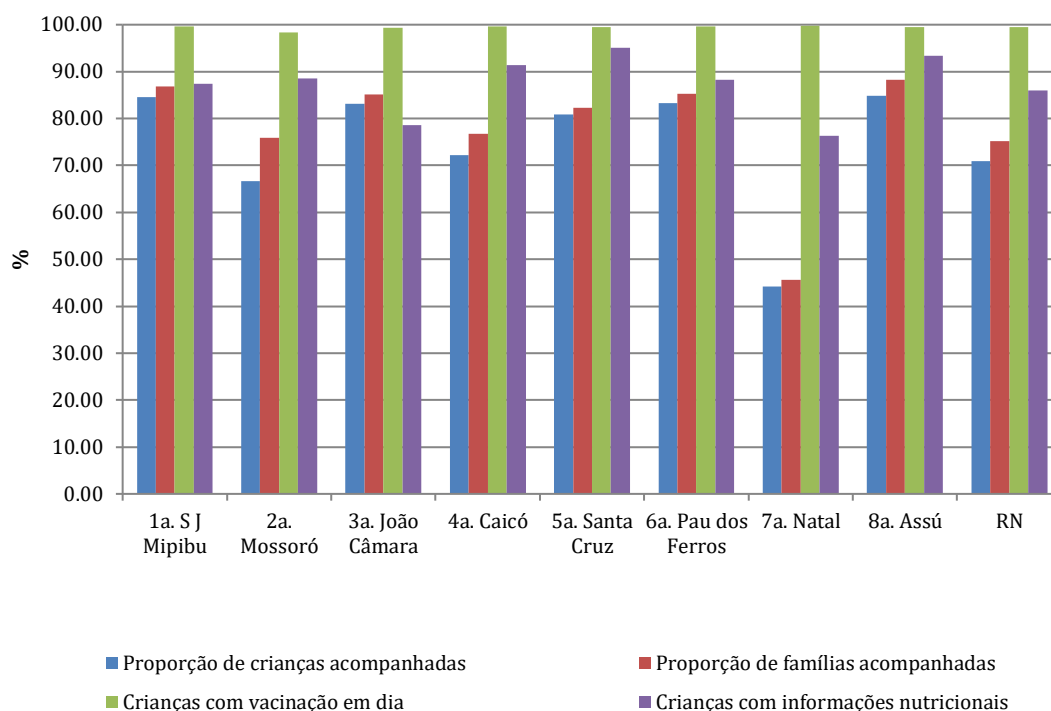
Gráfico 109 – Proporção de crianças com vacinação em dia e com informações nutricionais entre as crianças acompanhadas no Rio Grande do Norte, de 2008 à 1ª vigência de 2018.



Fonte: PBF/MS novembro de 2019.

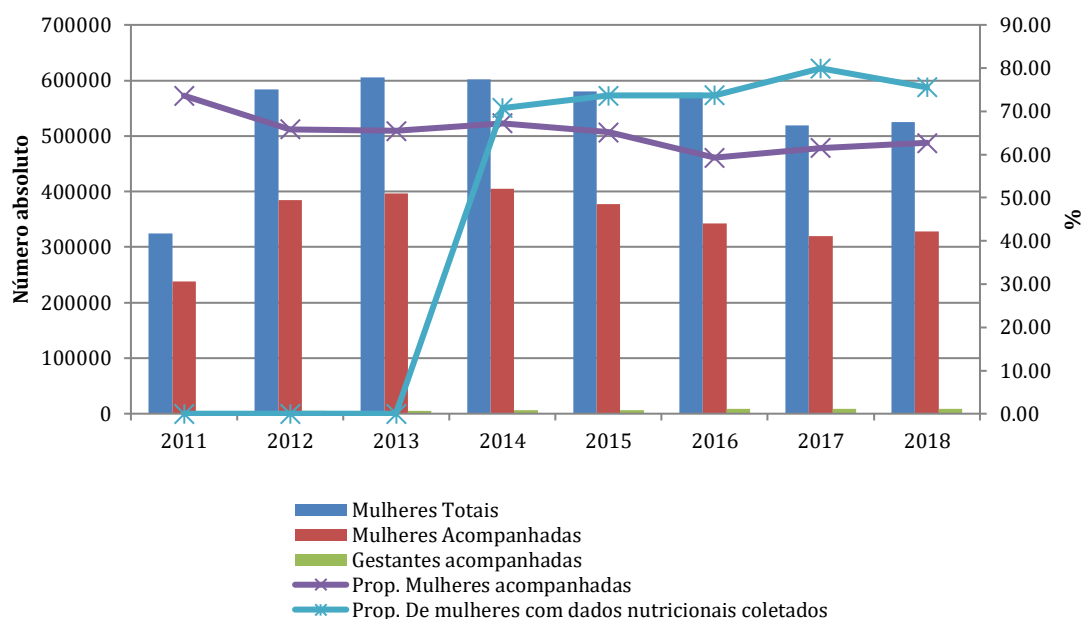
Quando avaliamos as regiões de saúde na 1ª vigência de 2018, todas apresentam um comportamento similar nos dados avaliados de famílias, mulheres e crianças, a exceção se dá na 7ª Região de Saúde, que apresenta uma baixa proporção de famílias acompanhadas, crianças e mulheres acompanhadas o que é condizente com o encontrado no histórico e a cobertura de equipes da ESF da região particularmente no município de Natal.

Gráfico 110 – Proporção de crianças acompanhadas, famílias acompanhadas, crianças com vacinação em dia e com informações nutricionais por Região de Saúde, na 1ª vigência de 2018.



Fonte: PBF/MS novembro de 2019.

Gráfico 111 – Número de mulheres totais do PBF, mulheres acompanhadas, gestantes acompanhadas, proporção de mulheres acompanhadas e proporção de mulheres com dados nutricionais coletados



Fonte: PBF/MS novembro de 2019.

Tabela 25 – Proporção de famílias acompanhadas no Programa Bolsa Família de 2008 a 1ª vigência de 2019.

REGIÃO DE SAÚDE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1a. S J Mipibu	81,50	90,73	90,97	91,81	73,22	86,87	86,58	87,33	85,91	88,01	83,76	66,31
2a. Mossoró	93,83	84,87	84,74	85,28	81,85	86,02	77,97	80,57	71,87	67,80	78,02	81,12
3a. João Câmara	77,18	85,85	84,59	86,81	86,54	86,78	85,07	84,71	82,02	85,32	83,85	82,99
4a. Caicó	85,30	92,21	91,84	90,07	90,26	90,20	90,19	89,83	84,83	81,36	86,64	82,56
5a. Santa Cruz	79,78	81,17	85,10	84,98	82,19	86,18	84,85	87,33	86,27	86,97	87,78	84,73
6a. Pau dos Ferros	89,38	87,76	91,36	89,28	89,99	87,98	86,28	86,16	81,47	83,61	88,19	75,57
7a. Natal	37,04	53,82	54,60	53,03	52,79	53,70	60,24	53,85	45,33	46,38	55,12	60,89
8a. Assú	72,41	79,96	86,22	89,46	91,84	89,28	91,29	89,25	81,96	86,87	92,00	89,91
RN	73,08	78,55	80,28	79,08	76,74	79,43	79,68	78,81	73,61	74,87	78,63	76,19

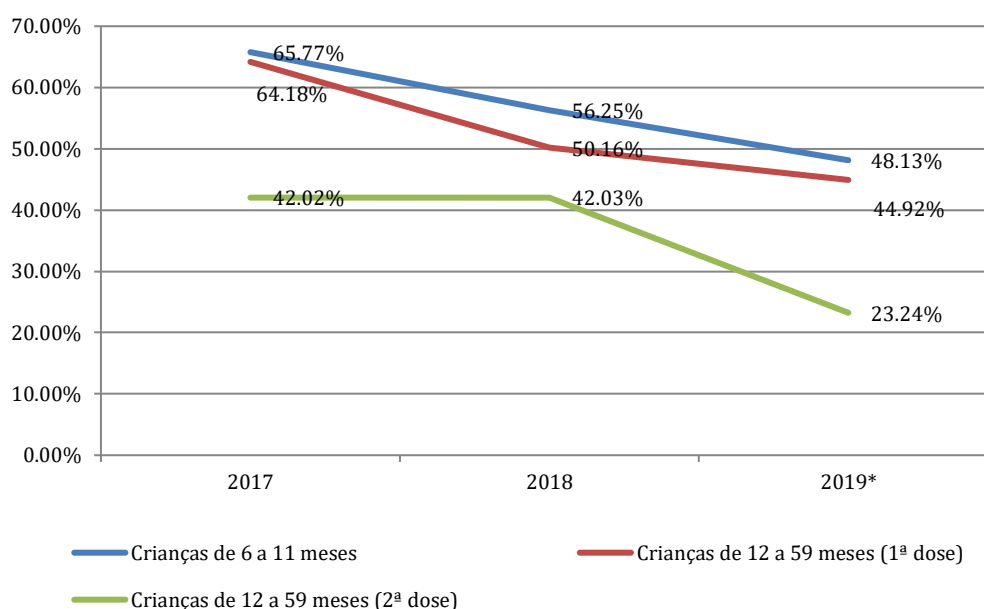
Fonte: PBF/MS novembro de 2019.

A Atenção Primária à Saúde tem o protagonismo também no Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), cujo objetivo é reduzir e controlar a hipovitaminose A, a mortalidade e morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade. Em 2012, o programa passou a fazer parte da Ação Brasil Carinhoso constante no Plano Brasil Sem Miséria, que objetivava o combate à pobreza absoluta e reforça a assistência à saúde das crianças menores de cinco anos. Com a ampliação, o programa passou a prever a garantia do acesso e disponibilidade dos suplementos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para todas as crianças nessa faixa etária residentes nas Regiões Norte e Nordeste e nos municípios das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste contemplados no Plano Brasil Sem Miséria, além dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

O público-alvo desse programa, atualmente, são crianças na faixa etária de 6 a 59 meses de idade. Para esse público, são ofertadas 100.000UI para as crianças de 6 a 11 meses, em dose única, e, a partir dos 12 meses, a criança passa a receber, semestralmente, a dose de 200.000UI até completar os 59 meses.

A vitamina A é muito importante para potencializar o crescimento e desenvolvimento geral da criança, ajuda a potencializar o sistema imunológico, dessa forma previne a gravidade de infecções, que tanto acometem as crianças nessa faixa etária, é também importante para a saúde da pele, cabelo e visão, contudo, a cobertura da Vitamina A nos grupos-alvo vem caindo ano a ano desde 2017 (Gráfico 113).

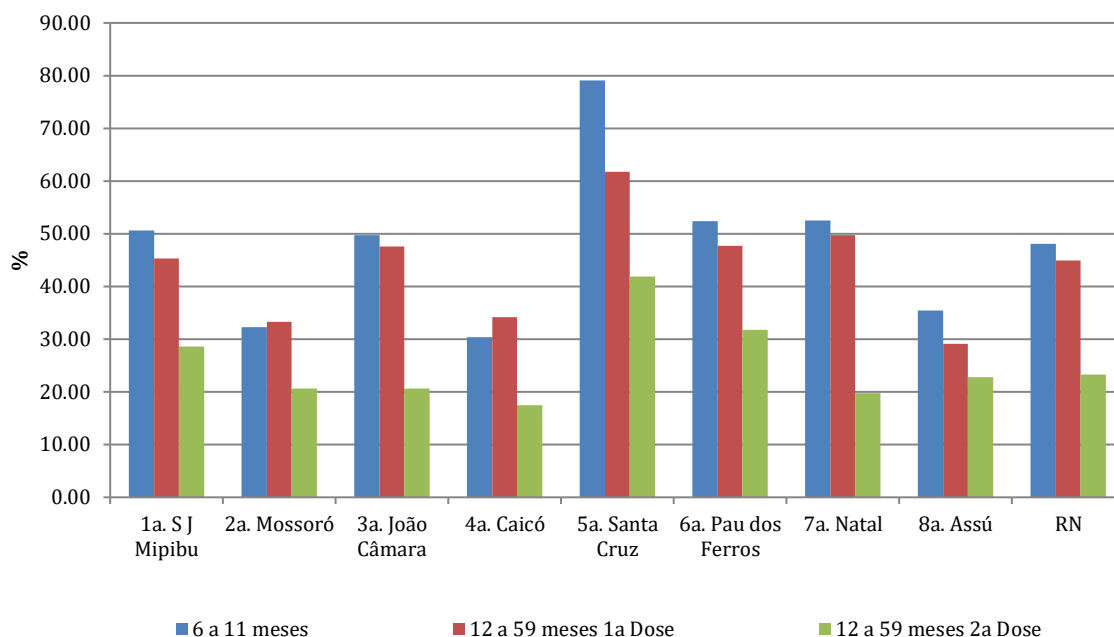
Gráfico 112 – Proporção de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família no período da 2ª vigência de 2018 por município do Rio Grande do Norte.



Fonte: SISVAN/MS Novembro de 2019.

A razão da baixa cobertura de crianças suplementadas se deve ao fato do Ministério da Saúde ter passado por dificuldades no processo de licitação desse insumo, o que gerou um desabastecimento em todo o território nacional, assim, o Rio Grande do Norte, no ano de 2018, liberou um quantitativo que não atende a toda a demanda, de acordo com as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Esse cenário continua no ano de 2019, o que explica uma média inferior a 50% das crianças atendidas.

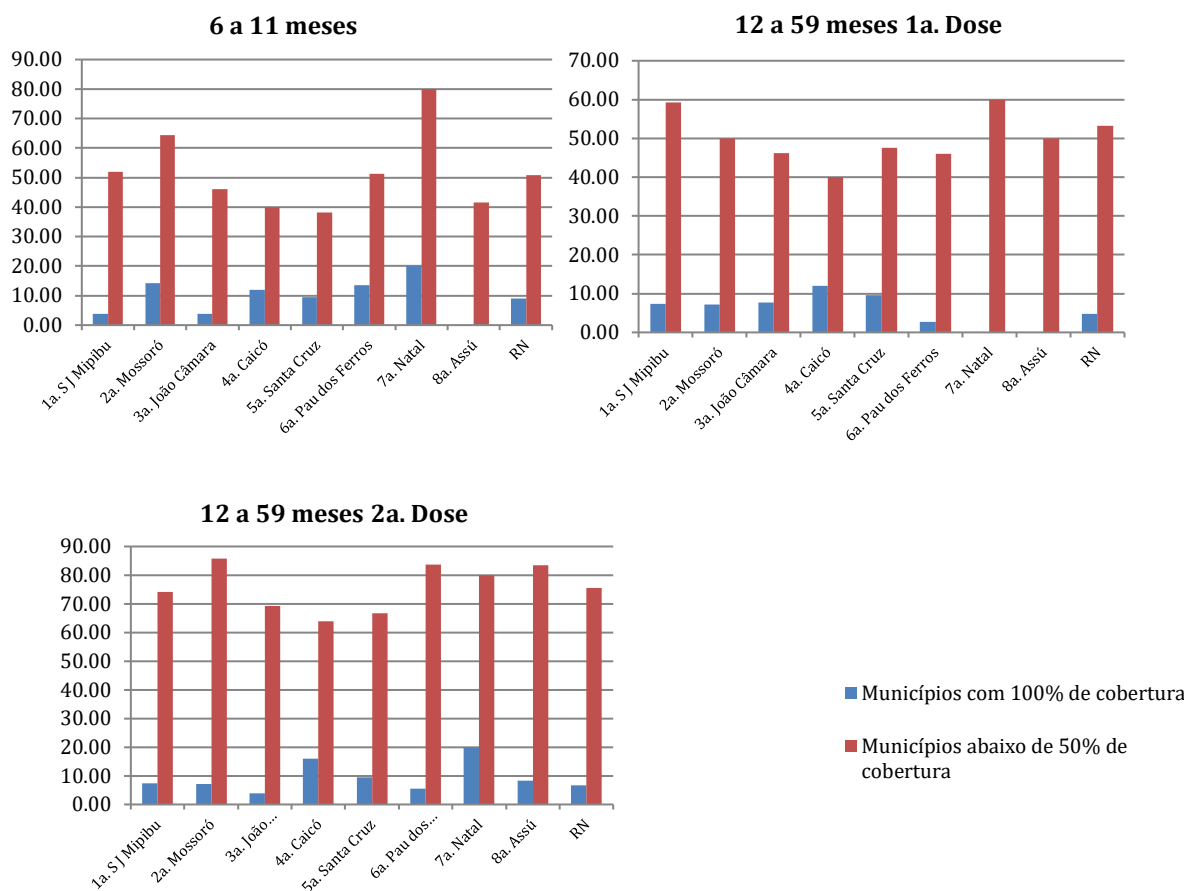
Gráfico 113 – Cobertura de Vitamina A entre os grupos-alvo em novembro de 2019 por Região de Saúde.



Fonte: SISVAN Novembro de 2019.

Quando se verificam as regiões de saúde, a 5ª região de saúde é a que possui uma cobertura mais adequada nas faixas etárias preconizadas (79,13% no grupo de 6 a 11 meses), mas apenas 9,52% dos municípios atingiram 100% da meta estabelecida. Provavelmente se deve a municípios que tiveram a distribuição de doses muito acima da meta esperada, como Ruy Barbosa (122,22% em 6 a 11 meses), São José do Campestre (156,98% em 6 a 11 meses), Tangará (197,14% em 6 a 11 meses) e São Tomé (323,94% em 6 a 11 meses), que significa que a meta foi subestimada nesses municípios, houve grande invasão dos municípios vizinhos, houve a distribuição de mais de uma dose por criança no grupo ou ainda a combinação das três hipóteses anteriores. Curiosamente, a 7ª Região de Saúde apresenta-se com um perfil de cobertura similar ao do estado e à média das regiões, destoando do que ocorre na maioria dos indicadores avaliados na APS (ocasionado pela cobertura inferior da ESF). As regiões com maiores problemas com a cobertura da Vitamina A são a 2ª, 4ª e 8ª Regiões de Saúde, todas as três com perfil semelhante de cobertura.

Gráfico 114 – Proporção de municípios que atingiram 100% de cobertura de Vitamina A e que atingiram menos de 50% entre os grupos-alvo em novembro de 2019 por Região de Saúde.



Fonte: SISVAN Novembro de 2019.

5.7.10. Programa Saúde na Escola

As equipes da Atenção Primária à Saúde, em conjunto com os profissionais da Educação, desenvolvem ações de promoção da saúde e prevenção com os escolares através do Programa Saúde na Escola – PSE, Política interministerial de saúde e educação que tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento da criança, adolescentes e jovens da rede pública de ensino.

As ações em saúde previstas no âmbito do PSE consideram a atenção, promoção, prevenção e assistência e são desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do

SUS, podendo compreender as ações de avaliação clínica, avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável, avaliação oftalmológica, avaliação da saúde e higiene bucal, avaliação auditiva, avaliação psicossocial, atualização e controle do calendário vacinal, redução da morbimortalidade por acidentes e violências, prevenção e redução do consumo do álcool, prevenção do uso de drogas, promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer, educação permanente em saúde, atividade física e saúde, promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar e inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Três componentes são considerados para as ações do PSE:

a) **componente I** – Avaliação das condições de saúde, que tem como objetivo obter informações sobre o crescimento e o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens, levando em conta também os aspectos relativos à sua saúde mental ;

b) **componente II** – Promoção da saúde e prevenção de agravos, cujas estratégias de promoção da saúde são abordadas a partir dos temas destacados como prioritários para a implementação da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no território; e, por fim,

c) **componente III** – Formação.

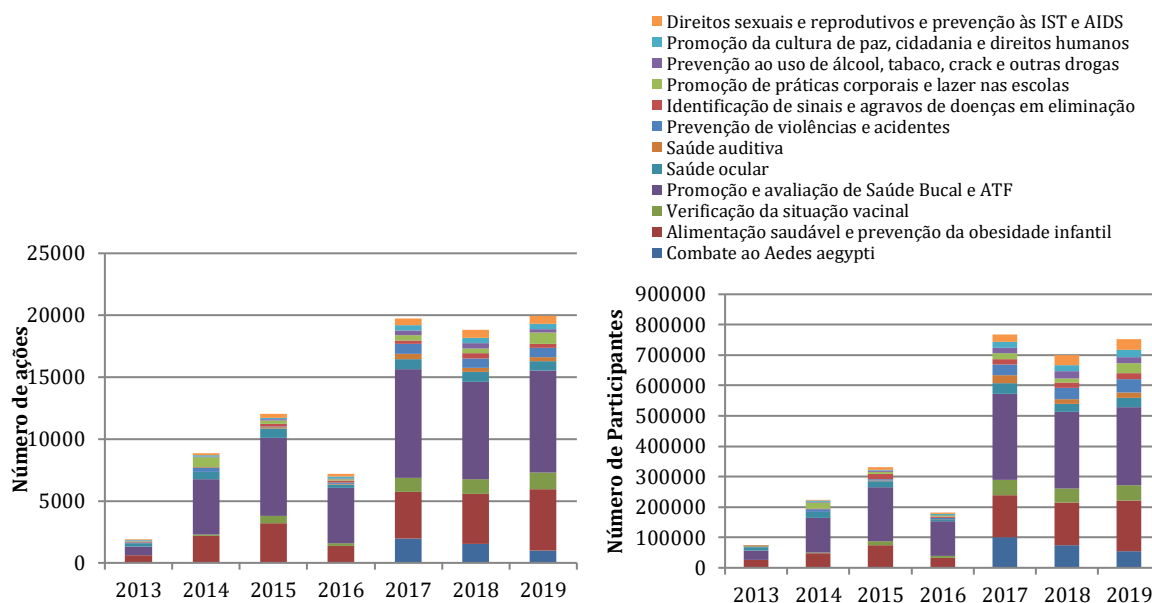
O processo de formação dos gestores e das equipes de Educação e de Saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente.

A parceria entre Educação e Saúde desenvolve estruturas de formação e materiais didático-pedagógicos que atendem às necessidades de implantação das ações de planejamento, monitoramento e avaliação do PSE, no qual o público-alvo são os integrantes da Saúde e da Educação que compõem os Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTIs), e avaliação das condições de saúde, de promoção da saúde e de prevenção a riscos e agravos à saúde, no qual o público-alvo são os profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde, das Unidades Básicas de Saúde, das escolas e dos jovens educandos.

A partir de 2017, as ações para execução e monitoramento no PSE foram definidas como 12, listadas a seguir, das quais as ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti* são obrigatórias:

- I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- V. Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- VIII. Verificação e atualização da situação vacinal;
- IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
- XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e
- XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

Gráfico 115– Número de ações desenvolvidas e número de participantes do PSE no Rio Grande do Norte por ano.

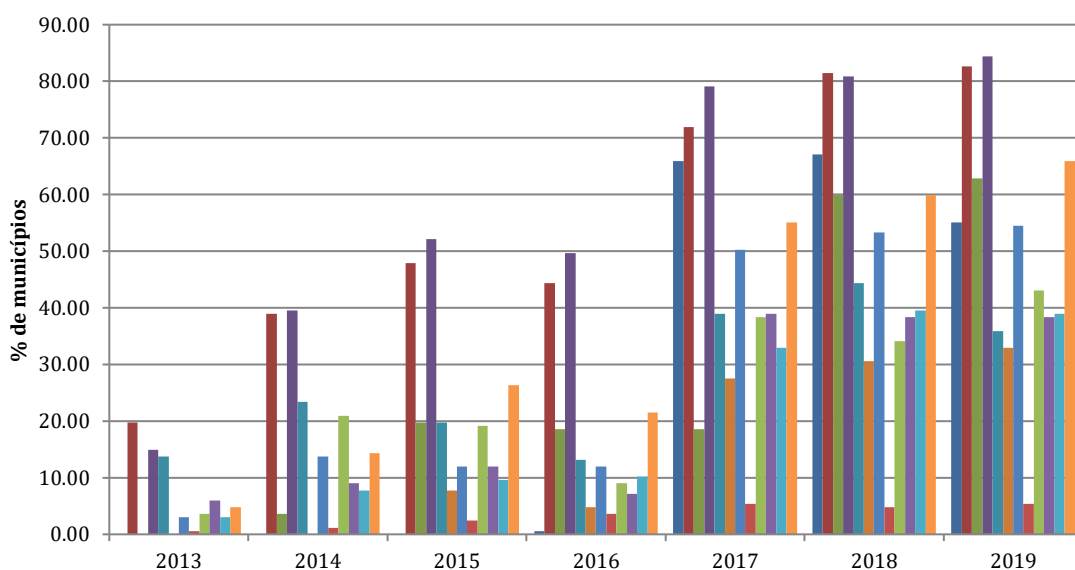


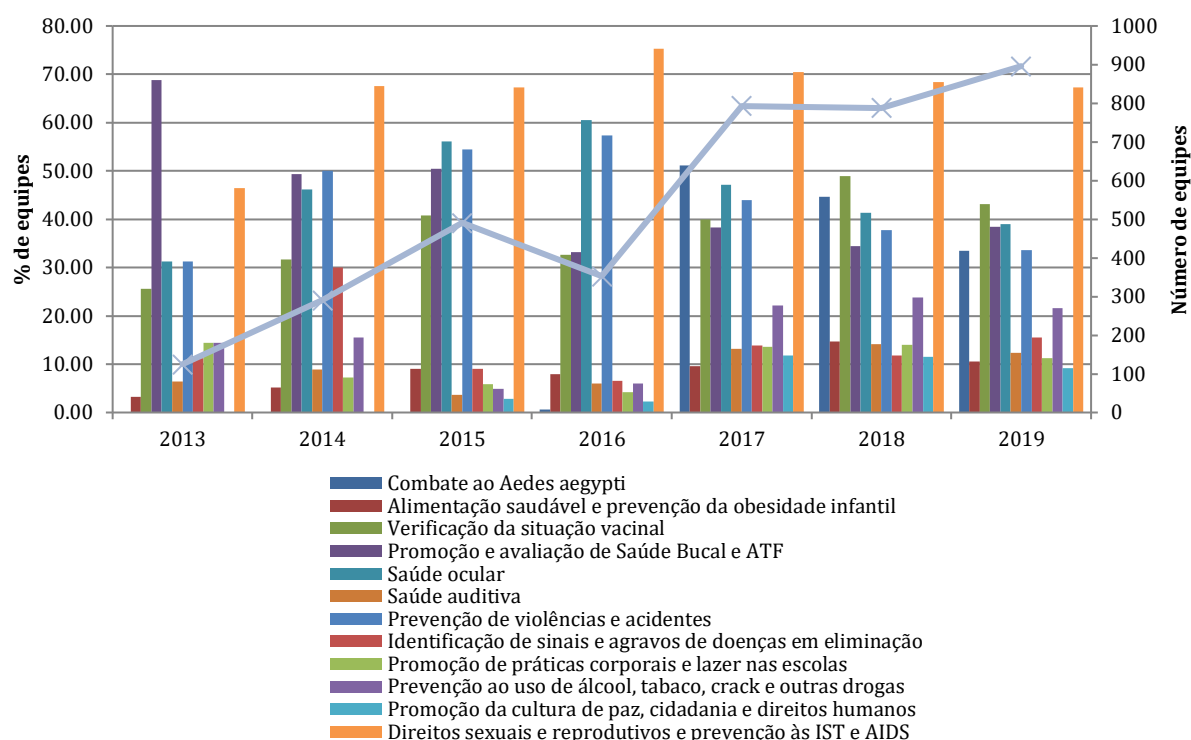
Fonte: SAPS/SISAB Novembro de 2019.

Quando se analisa as ações do PSE, observa-se que tanto do ponto de vista do número de ações desenvolvidas quanto do número de participantes envolvidos, a Promoção e avaliação de Saúde Bucal e Aplicação Tópica de Flúor é a ação proporcionalmente mais executada pelas equipes. Isso se deve, provavelmente, ao histórico de desenvolvimento das ações do PSE, que durante muito tempo em seus anos iniciais tiveram as atividades de promoção de Saúde Bucal, particularmente a escovação dental supervisionada e a Aplicação Tópica de Flúor (ATF), como quase as únicas ações desenvolvidas e registradas no SIAB.

Essa característica da predominância das ações de Saúde Bucal sobre as demais ações pode também ser observada quando se avalia a proporção de municípios que executam as ações, em 2018, 80,84% dos municípios do estado executavam (e registravam corretamente) essas ações e 34,39% das equipes (considerando que apenas as equipes de Saúde Bucal as desenvolvem). Chama a atenção, contudo, as ações de direitos sexuais e reprodutivos e prevenção às IST e AIDS que, apesar de em número de ações executadas e participantes ser pouco expressivo uma proporção considerada de municípios e equipes as desenvolvem.

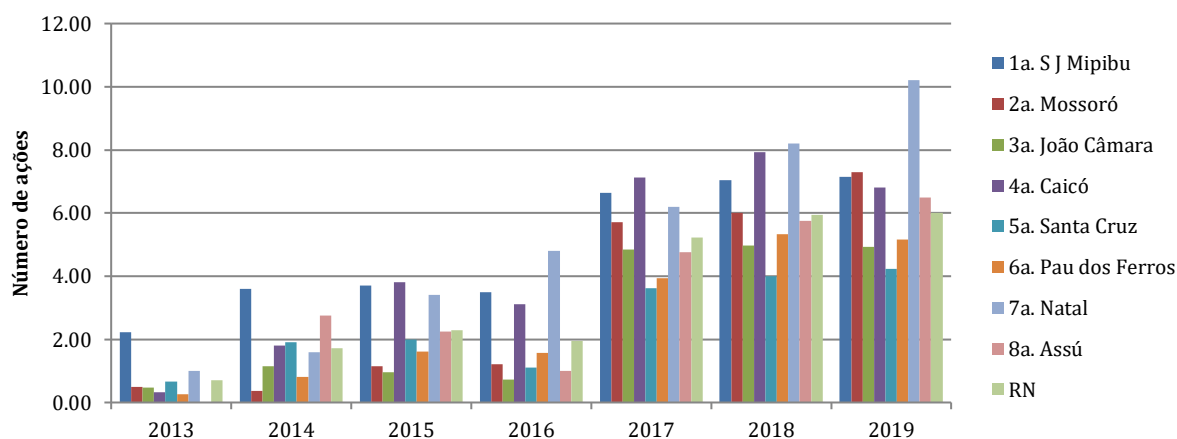
Gráfico 116 – Proporção de municípios e equipes que desenvolveram alguma ação do PSE e número absoluto de equipes que desenvolveram essas ações no Rio Grande do Norte, por ação e ano.





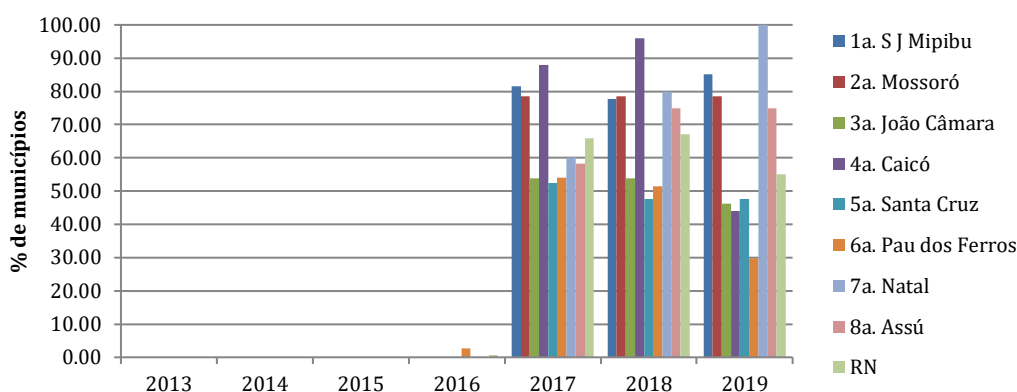
Em média, o estado realizou 5,94 ações do PSE em 2018, porém, quando observado por Região de Saúde, a 7ª Região de Saúde, em média, executa 8,20 das ações, bem próximo às 12 ações totais (em 2019 já se encontra em 10,20 ações), e vem crescendo ano a ano, o que se explica tanto pelo desenvolvimento das ações em si quanto pela melhora da qualidade das informações, com mais equipes informando as ações desenvolvidas e mais municípios conseguindo informar.

Gráfico 117 – Média de número de ações do PSE diferentes desenvolvidas por Região de Saúde e ano.



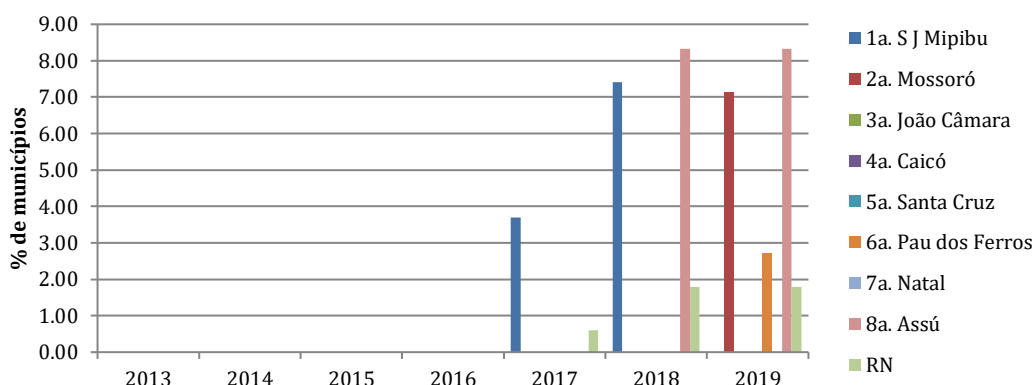
Um requisito do PSE é que as equipes desenvolvam ao menos duas ações por ano, sendo o combate ao *Aedes aegypti* uma delas. Quando se analisa esse parâmetro, uma baixa proporção de equipes as executam (41,24% no RN, em 2018), com apenas a 2ª e 4ª Regiões de Saúde com uma proporção maior que 50% das equipes, o que ainda é muito baixo. Considerando apenas municípios, 67,07% dos municípios do estado informaram desenvolver duas ações, sendo uma a do combate ao *Aedes aegypti*, em 2018, com destaque para a 4ª e 7ª Regiões de Saúde. Quando se considera as 12 ações do PSE, o problema aumenta, já que pouquíssimos municípios as fizeram ou informaram, apenas 1,8% dos municípios do estado em 2018.

Gráfico 118 – Proporção de municípios que desenvolveram ações de combate ao *Aedes aegypti* no âmbito do PSE por Região de Saúde e ano.



Fonte: SAPS/SISAB novembro de 2019.

Gráfico 119 – Proporção de municípios que desenvolveram as 12 ações do PSE no ano, por Região de Saúde e ano.



Fonte: SAPS/SISAB novembro de 2019.

Esse baixo número de ações e municípios que as desenvolvem, considerando que todos os municípios do estado aderiram ao PSE com suas equipes, podem ter origem no processo de informação pelo SISAB. Problemas no preenchimento das fichas de atividade coletiva, com dados faltando, como o número do INEP, a versão das fichas que as equipes utilizam, a qualidade da alimentação no sistema, a periodicidade de alimentação, a periodicidade de envio dos dados dos municípios ao Ministério da Saúde e a validação das informações enviadas são alguns dos motivos que explicariam isso. Com o processo de qualificação das equipes do PSE e dos responsáveis pelo sistema, acredita-se que haverá um aumento das informações nos próximos anos.

5.8. Promoção da Educação e da Equidade em Saúde

A SESAP promove a integração de suas áreas técnicas da vigilâncias e das ações de saúde com o propósito de garantir uma maior visibilidade do SUS, através das políticas de Informação, Educação e Comunicação voltadas para a promoção da saúde. Assim, articula-se junto aos seguintes seguimentos: pessoas em situação de rua, ciganos, comunidades indígenas, povo de matriz africana, quilombola, população de campo, negra e LGBT.

5.8.1. Educação Popular em Saúde

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) é instituída pela portaria 2.761 de 19 de novembro de 2013. Como consta em seu Artigo 2º “A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.”

A retomada dos espaços de Educação Popular no RN foi realizada pela Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde -

ANEPS, trazendo de volta práticas e saberes do RN se deu através da realização de oficinas de pesquisa, a fim de capacitar agentes multiplicadores regionais para a aplicação de um questionário, com perguntas abertas e fechadas, que revelaram formas de atuação individuais e coletivas, dos movimentos e práticas populares em saúde. A distribuição das práticas realizadas no estado, está representada na tabela 26, com base na pesquisa feita pela ANEPS no ano de 2008.

Tabela 26 - Práticas populares no RN (2008).

PRÁTICAS	%
Benzedeiro	42,60%
Parteiro	6,40%
Fitoterapia	1,00%
Remédios Caseiros	6,00%
Raizeiro (a)	6,40%
Curandeiro (a)	4,80%
Outros	32,90%

Fonte: ANESP, 2008.

O Estado desenvolve ações que promovem a inclusão e valorização da educação popular em saúde. Ao decorrer do ano de 2019, a Subcoordenadoria de Informação, Educação e Comunicação (SIEC), colaborou como entidade organizadora do I Encontro Potiguar de Educação Popular, Saúde, Cultura e Equidade na Convivência com o Semiárido, juntamente com a UERN de Mossoró e a Fiocruz-CE, contando com o apoio da ANEPS (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde). Na ocasião foram elencadas algumas prioridades para 2020. Entre elas, a formação em Educação Popular em Saúde, junto aos movimentos sociais e profissionais da intersetorialidade.

5.8.2. Política de Promoção da Equidade em Saúde

As desigualdades em saúde são persistentes e passíveis de mudanças, mas entende-se que as iniquidades podem ser revertidas, a partir da construção coletiva da Política de Promoção de Equidade em Saúde, que foi instituída pelo Ministério da Saúde e norteadas pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, contemplando

as populações em situação de vulnerabilidade, respondendo às reivindicações históricas dos movimentos sociais organizados por segmentos populacionais.

Nesse sentido, a SESAP, por meio da Subcoordenadoria de Informação, Educação e Comunicação - SIEC, articula essa política juntamente com os dois instrumentos de controle social, que são os Comitês Técnicos de Promoção à Saúde da População Negra e Quilombola (instituído pela portaria nº 406/2014-GS-SESAP), e o de Promoção à Equidade em Saúde (instituído pela portaria nº 293/2013 – GS – SESAP) contendo as seguintes representações:

Quadro 04—Representações nos Comitês Técnicos de Promoção à Saúde da população Negra e Quilombola e de Promoção à Equidade em Saúde.

COMITÊ DE PROMOÇÃO À EQUIDADE EM SAÚDE	COMITÊ DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E QUILOMBOLA
LGBT	Duas Organizações/Entidades Cíveis do Movimento Negro/Quilombola
Indígenas	Representações das 8 Regiões de Saúde
Ciganos	
População em Situação de Rua	
Povos de Religiões de Matrizes Africanas	
Campos, Águas e Florestas	

Fonte: SESAP, 2020.

O fórum SIEQUIDADE, que teve sua primeira edição em 2014, trata de temáticas de Equidade e Educação Popular em Saúde, Direitos Humanos, entre outras temáticas relevantes. Somente em 2019, foi retomada a condução da segunda edição, o que demonstra que houve uma fragilidade na atenção das ações para estas políticas. Nesta segunda edição intitulada “Intersetorialidade e fatores multiculturais na promoção à Saúde”, reuniu palestrantes de referência dos movimentos sociais, representantes de universidades e os representantes dos diversos segmentos sociais em situação de vulnerabilidade social.

5.8.3. Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola

Instituída em 13 de maio de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, por meio da Portaria GM/MS nº 992/2009, tem o propósito de promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS. No RN, essa política proporcionou uma oportunidade de falas e reivindicações, que não se mostrava tão acessível para o movimento social.

Objetivando atender e dar mais visibilidade para essas populações, foram realizadas visitas às comunidades ao decorrer dos anos. O intuito desse contato foi proporcionar um debate acerca do racismo institucional, além de tomar conhecimento das demandas apresentadas pelas comunidades.

Segundo dados de 2019 da CONAQ-Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas, o RN possui 69 comunidades auto declaradas, porém apenas 29 são certificadas pela Fundação Palmares.

Entre os pontos de prioridades tem-se a necessidade da Linha de Cuidado para a Anemia Falciforme no RN. Conforme a APPAF (Associação de Pessoas Portadores de Anemia Falciforme do RN), essa condição é mais comum em indivíduos da raça negra. No Brasil, representam cerca de 8% dos negros, mas devido à intensa miscigenação historicamente ocorrida no país, pode ser observada também em pessoas de raça branca ou parda.

O desabastecimento de medicamentos essenciais para os portadores desta doença, como o Deferasirox (EXJADE) e o Hidroxiureia, foram regularizados e estão sendo dispensados normalmente pela UNICAT.

Além disso, entre as doenças negligenciadas, temos o HTLV e a Retinose pigmentar (cegueira noturna), que se fazem presente nos relatos de muitas comunidades quilombolas, mostrando a necessidade e urgência de mapeamento para levantarmos indicadores e agravos em saúde dessa população. A crescente incidência do alcoolismo, e as doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes também são relatadas na maioria das comunidades.

5.8.4. Povos e comunidades tradicionais de religião de matriz africana.

No ano de 2007 foi realizado um levantamento acerca dos Terreiros localizados no território de Natal/RN. A Universidade Federal do Rio Grande do Norte juntamente através dos arquivos da Federação de Umbanda e Candomblé do RN, além de pesquisa de campo, contabilizou aproximadamente 327 Terreiros distribuídos pela capital do estado.

Por meio do Comitê de Equidade em saúde, temos representações dessa população que relatam a intolerância e o preconceito, apresentado por muitos profissionais da atenção à saúde, no tocante a prestação de serviços à os religiosos de Terreiros. Além disso há o racismo ambiental e institucional, que se mostra ainda recorrente na sociedade.

Durante 2019, muitos incêndios criminosos provocados aos terreiros foram notificados, principalmente nas casas de cidades do interior do estado.

É importante lembrar, que as religiões de matrizes africanas guardam muitas práticas tradicionais e saberes populares que estão em diálogo com as Práticas Integrativas em Saúde, que precisam ser respeitados e fortalecidos no processo de promoção à saúde.

5.8.5. Atenção Integral à Saúde da População do Campo, Floresta e Águas

Segundo o INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, em 31/12/2017, o Rio Grande do Norte contava com 298 assentamentos, e aproximadamente 19.884 famílias. A FEPERN (Federação de Pesca do Rio Grande do Norte) contabiliza 80 colônias de pescadores, sendo 23 dessas colônias no litoral e as demais no interior.

Entre as demandas relatadas por essas populações, principalmente a população de águas, temos o crescente número de câncer de pele e contaminações através da água, doenças cardiovasculares, oftalmológicos, entre outros.

Apesar do Estado promover ações educativas de uso de EPI's, entre outras temáticas, principalmente voltadas à saúde dos trabalhadores desses segmentos,

precisa-se fortalecer estratégias (incluindo também articulações interinstitucionais) para fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e Águas (PNSIPCFA) - instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011.

5.8.6. Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Segundo os dossiês elaborados pelos Coletivos de Ativismo LGBT (Associação Nacional de Travestis e Transexuais - ANTRA, Rede Trans, Grupo Gay da Bahia - GGB), o Brasil é o País que mais mata pessoas LGBT no mundo. Estes mesmos dossiês, indicam que a expectativa de vida de uma travesti e/ou pessoa transexual é de 35 anos. Este fator impacta diretamente nos determinantes de saúde da população, associado a falta de assistência em diversas esferas como educação e saúde. Em números proporcionais, o RN é o 4º estado no ranking de assassinatos de pessoas trans, com uma taxa de 9,02/100 mil habitantes (ANTRA, 2019).

Um dos agravos é o índice de ideação suicida e depressão nesta população, principalmente nas travestis e transexuais, pois estima-se que 42% da população Trans já tentou suicídio. Um relatório chamado “Transexualidades e Saúde Pública no Brasil”, do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT e do Departamento de Antropologia e Arqueologia, revelou que 85,7% dos homens trans já pensaram em suicídio ou tentaram cometer o ato. Em estudo realizado por Silva (2016) no Rio Grande do Norte, foi percebida uma taxa de Ideação Suicida de 41,38% nos participantes, onde foi encontrada associação significativa com níveis depressivos ($p=0,002$). Um dos indicadores motivacionais foram as violências (físicas, verbais, violações de direitos assistenciais e a falta de expectativa sobre mercado de trabalho).

Sabe-se que no RN há a existência de coletivos organizados principalmente nas cidades de Natal, Assu, Santa Cruz e Mossoró, pois, estes, mantém diálogo constante com a SIEC e o Programa Estadual de HV/IST/Aids.

Além das ações, principalmente nos espaços de Saúde e Educação à respeito do debate sobre Sexualidade e Gênero, iniciou-se a articulação para

implantação e habilitação do Ambulatório Estadual para Travestis e Transexuais, previsto para 2020.

Algumas unidades de saúde da Atenção Básica de Natal/RN, já iniciaram o acolhimento ao público LGBT, como por exemplo a UMS - Mãe Luiza (onde está sendo discutida a implantação de um Ambulatório Municipal), e outras ESF, onde os Médicos Residentes de Saúde da Família (UFRN) realizam atendimentos (Distrito Sanitário Sul).

Em Mossoró/RN, foi inaugurado o Centro de Atenção e Cuidado Interprofissional em Saúde da População LGBT+, através da Residência Multiprofissional em Atenção Básica /Saúde da Família e Comunidade (RMABSFC) da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), Prefeitura Municipal de Mossoró (PMM).

Ressalta-se que mesmo em atendimento, estas unidades/centro de referência ainda não foram habilitadas junto ao Ministério da Saúde para o processo transexualizador, o que não impede deste atendimento ser realizado de maneira integral para as travestis e pessoas transexuais.

5.8.7. Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua

A Política Nacional para População em Situação de Rua, instituída pelo **Decreto Nº 7053 de 23 de Dezembro de 2009**, visa garantir o acesso aos serviços de saúde atentando-se para as especificidades dessa população. Além disso, traz uma abordagem mais integral da população em situação de rua.

Entre os condicionantes e determinantes dos agravos que acometem a população em situação de rua temos a violência, que por estarem na rua todo o tempo e por serem uma população marginalizada, estão mais expostos a este risco. Além disso, a variação climática e a falta de materiais para proteção do frio e higiene pessoal, acarretam em uma maior vulnerabilidade para agravos e pioras de determinantes de saúde.

Outra necessidade dessa população está ligada à falta de campanhas educativas e a situação de vulnerabilidade, que envolve as relações sexuais sem proteção, que ocasionam ISTs e outras complicações.

Estes indivíduos devido a falta de renda e outros fatores, estão sujeitos à uma alimentação incerta e com várias precariedades nutricionais. Proporcionando assim uma situação favorável para o aparecimento de doenças. Há também fatores psicossociais, que se mostram, em grande parte, fragilizados devido à situação de viver nas ruas e aos estigmas impostos a esta população.

No contexto do Rio Grande do Norte, calcula-se que 1914 pessoas encontram-se em situação de rua, segundo a Análise Demográfica do Estado de 2016. Destes 1914, 540 estão presentes em Natal, 136 em Parnamirim e 174 em Mossoró, os demais estão distribuídos entre os outros municípios.

Na ausência e omissão voltadas para as populações vulnerabilizadas, algumas entidades privadas, ONGs, religiosas e grupos voluntários buscam minimizar os agravos dessas populações, principalmente em aspectos nutricionais e de cuidados pessoais. Entre essas ações temos: Chuveiro Solidário, Distribuição de alimentos etc.

Além dessas ações, há o Consultório na Rua, que consiste em um serviço de atenção primária à saúde. É composto por equipes multidisciplinares, que buscam realizar atendimentos na rua para essa população, bem como fazer a mediação e encaminhamentos com outros serviços de saúde.

5.8.8. Atenção Integral à Saúde da População Indígena

Segundo dados da FUNAI do ano de 2012, o Rio Grande do Norte apresentava uma população de 3.176 indígenas, distribuídas em comunidades pelo interior do estado. As comunidades registradas pela FUNAI foram: Caboclos de Açu (Localizada em Assú/RN, 125 indivíduos em 2012), Mendonça do Amarelão (Localizada em João Câmara/RN, 2.000 indivíduos em 2011), Tapará (Localizada em Macaíba/RN, 128 indivíduos em 2013), Eleotérios do Catu (Localizada entre

Canguaretama/RN e Goianinha/RN, 794 indivíduos em 2011), Sagi Trabanda (Localizada em Baía Formosa/RN, 129 indivíduos em 2012).

Em visitas técnicas realizadas às comunidades indígenas, foram elencadas demandas de saúde que acometem essa população. Entre os relatos dos moradores destas comunidades, há problemas com o atendimento médico oferecido para essas pessoas, em diversos casos o profissional médico atende apenas a cada 15 dias, sem que haja nas comunidades local adequado para os atendimentos. Além disso, foi destacada a questão da ausência de campanhas educativas e preventivas nas comunidades indígenas, desse modo, propiciando condições para a propagação de doenças e agravos evitáveis, como por exemplo: doenças de pele e respiratórias, além de infecções por água contaminada. Segundo dados de notificação de agravos no RN no período de 2007 a 2017, entre as comunidades indígenas, o agravo mais recorrente foi Dengue com 35 notificações durante este recorte temporal.

Uma grande dificuldade foi a saída do Rio Grande do Norte da abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena - Potiguara, localizado na Paraíba, porém que oferecia assistência ao Estado.

5.8.9. Atenção Integral à Saúde dos Povos Ciganos

De acordo com a UFRN (Universidade Federal do RN), Pastoral dos Nômades e a UCIRN (União Cigana do RN), o estado do Rio Grande do Norte possui 12 cidades com presença cigana. Entre os municípios temos : Natal, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Serra Caiada, Tangará, Currais Novos, Cruzeta, Florânia, São Vicente, Caicó, São Rafael e Apodi.

Estão presentes no RN os ciganos das etnias Calon e Rom, em grande parte esses indivíduos estão expostos à áreas de pobreza e marginalizadas. Nesse contexto, ainda se encontram sem saneamento básico e assistência à saúde. Fatores estes, que implicam em condicionantes para o adoecimento dessas pessoas. Outro obstáculo encontrado por estes povos é a documentação, que na maioria dos casos, se encontra incompleta.

5.8.10.Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) está fundamentada através das portarias Portaria GM nº 971 de 03/05/2006, Portaria GM nº 849 de 27/03/2017 e Portaria nº 274/GS de 27/06/2011. O Estado do RN, através da Portaria nº 274/GS de 27/06/2011, aprovou a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do RN.

Esta política tem como princípio básico, a abordagem de atenção integral à saúde pautada no cuidado humanizado, estímulo à autonomia, à observação de si mesmo e suas relações com os ambientes físico, político, cultural e social. Nas suas diretrizes e estratégias, a PEPIC/RN inclui a implantação, otimização e ampliação dos serviços de PICS existentes na rede do SUS, definindo recursos orçamentários e financeiros para tal fim.

Trata-se de Política transversal que demanda intensa articulação institucional e interinstitucional, uma vez que a integração da medicina convencional ocidental (biomedicina), os sistemas médicos complexos tradicionais/complementares e as práticas terapêuticas integrativas e complementares, pressupõe a tomada de decisões políticas e administrativas visando a viabilização dessa política. Considerando o papel da SESAP na coordenação e articulação das redes de atenção à saúde, é sua atribuição prestar apoio técnico aos municípios, visando subsidiar as ações e serviços de PICS dos diferentes níveis de atenção, tendo em vista a atenção primária como ordenadora do cuidado.

No segundo semestre de 2019 a PEPIC foi transferida da Subcoordenadoria de Ações de Saúde para a Subcoordenadoria de Informação, Educação e Comunicação, dando margem para o debate sobre saberes e práticas populares de cuidado em saúde.

As práticas formalizadas pela Política são: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura; Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Medicina Antroposófica; Termalismo Social/ Crenoterapia; Arteterapia; Ayurveda; Biodança; Dança Circular; Meditação; Musicoterapia; Naturopatia; Osteopatia; Quiropraxia;

Reflexoterapia; Reiki; Shantala; Terapia Comunitária Integrativa; Yoga; Apiterapia; Aromaterapia; Bioenergética; Constelação familiar; Cromoterapia; Geoterapia; Hipnoterapia; Imposição de Mãos; Ozonioterapia e Terapia de Florais.

Dados obtidos através de consulta direta às informações no módulo eletrônico do PMAQ indicam que dos 167 municípios do RN, 162 aderiram ao 3º ciclo do PMAQ e destes 85% realizam PICS. Das 1033 equipes da atenção básica, 63% oferecem PICS. As mais ofertadas são Shantala (73%), Musicoterapia (70%), Medicina Tradicional Chinesa/Auriculoterapia (55%). Das 160 equipes dos NASF, 88% informaram apoiar e desenvolver ações de PICS, sendo que as mais oferecidas são Shantala (74%), Medicina Tradicional Chinesa/Auriculoterapia (50%), Musicoterapia (45%). Esses dados apontam que as PICS são desenvolvidas na atenção básica da maioria dos municípios do RN e é perceptível a ampliação da adesão dos municípios e equipes no tocante à oferta de PICS, quando comparados com os dados obtidos no 2º ciclo do PMAQ.

Quadro 05 – Objetivos e Diretrizes das PIC’S no Estado do Rio Grande do Norte.

OBJETIVOS	DIRETRIZES
Incorporar e implementar as PICS no SUS/RN	Implantar e implementar as PICS, integrando-as à rede de atenção à saúde, prioritariamente na Atenção Básica
Contribuir para a resolubilidade do SUS	Implantar e apoiar projetos de Educação Permanente em Saúde, incrementando a capacidade técnica de profissionais consoantes com as PICS
Promover a racionalização das ações de saúde	Incentivar o uso de plantas medicinais e fitoterapia no SUS do RN, com ênfase na Atenção Básica
Estimular ações referentes ao controle/ participação social	Instituir a assistência farmacêutica no âmbito das PICS no SUS/RN.
	Socializar informações sobre PICS, adequando-as aos diversos grupos populacionais
	Apoiar a implantação da prática da meditação em hospitais e unidades que promovam saúde
	Instituir espaços de Atenção à Saúde Integral do Trabalhador do SUS/RN
	Avaliar e monitorar as ações e resultados dos serviços e das PICS no Estado do RN
	Fortalecer e ampliar a participação popular e o controle social no âmbito das PICS

Fonte: SESAP, 2020.

A SESAP tem como responsabilidades a elaboração de normas técnicas e indicadores para inserção da PEPIC nos diferentes níveis de atenção do SUS, a

definição de recursos orçamentários e a promoção de articulação interinstitucional para a efetivação da política. Deve implementar diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade loco regional, acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos, bem como exercer a vigilância sanitária no tocante às ações inerentes à PEPIC e ações decorrentes.

Propõe-se promover fóruns regionais visando discutir as ações de PICS já implementadas nos municípios, bem como refletir sobre as formas de implementação dessas ações nos municípios que ainda não realizam.

No âmbito da média e alta complexidade é necessário a implementação dos Núcleos de PICS nos hospitais e unidades de referência da SESAP, uma vez que o interesse dos servidores tem sido consideravelmente ampliado nesse sentido.

5.9 Programa RN + SAUDÁVEL

As políticas públicas, no Brasil, enfrentam o desafio de construções intersetoriais que agreguem valor ao Planejamento de Programas, Projetos e Ações voltados para a complexidade e diversidade das necessidades sociais e de saúde da população.

A superação das práticas hegemônicas - de olhares reducionistas e fazeres fragmentados - requer posturas proativas, movidas por processos de gestão participativa e inclusiva, orientados pelos princípios da universalidade, integralidade, solidariedade e equidade.

O desafio é congrega saberes e experiências práticas exitosas, fazendo com que os gestores, trabalhadores e população se percebam integrantes de territórios vivos, saudáveis, humanizados. Nesse sentido, o estado do Rio Grande do Norte, no seu compromisso de melhorar a qualidade de vida da população potiguar, está dando um passo decisivo para a transformação desse cenário, com a criação do Programa Rio Grande do Norte Mais Saudável - Programa RN + Saudável.

O Programa RN + Saudável é um programa estratégico que tem o compromisso de promover Saúde, Dignidade, Segurança e Qualidade de Vida aos potiguaros, por meio de estratégias intersetoriais de órgãos governamentais, agregando parceiros interinstitucionais e dialogando com os municípios, entidades da sociedade civil e movimentos sociais.

É prerrogativa do Programa RN + Saudável construir estratégias intersetoriais que assegurem direitos e ampliem a qualidade de vida e cidadania da população, a partir de 4 Eixos Fundamentais: Cultura de Paz; Estilos de Vida Saudáveis; Ambientes Saudáveis; Equidade e Inclusão.

- **Eixo 1:** Cultura de paz- atua em busca da redução da violência no trânsito, nas ruas, nos lares e no ambiente de trabalho.

- **Eixo 2:** Estilos de vida saudáveis – incentiva a uma vida mais saudável. Na redução do sedentarismo e das doenças crônicas, bem como estratégias que impactem na diminuição dos agravos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. Através do estímulo a prática de atividades físicas, práticas corporais, lazer e cultura em todos os ciclos de vida.

- **Eixo 3:** Ambientes saudáveis – apresenta um conjunto de estratégias para a produção de alimentos saudáveis, redução dos níveis de poluição nas cidades e cuidados sanitários para levar mais qualidade de vida aos municípios.

- **Eixo 4:** Políticas de Equidade e Inclusão – o fortalecimento das políticas de inclusão e equidade, que estão inseridas na definição da justiça social e direitos humanos.

O programa está ancorado nas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, visando articular e potencializar projetos intersetoriais, já em execução nos territórios/regiões do estado.

A intersectorialidade, nesse sentido, surge como a principal diretriz do programa, reconhecendo as potencialidades dos entes institucionais e sujeitos sociais, respeitando as subjetividades e diversidades da população do estado e as especificidades territoriais.

Para a implementação e efetividade do Programa, é indispensável à adesão dos municípios do estado, por meio da assinatura do Termo de Cooperação Técnica. O Programa e o Comitê Gestor Interinstitucional foram instituídos através de Decreto nº 29.129, de 05 de setembro de 2019, publicado no Diário Oficial do Estado nº 14.493, do dia 06/09/19. O Comitê Interinstitucional é de natureza consultiva, multidisciplinar e vinculativa, com o objetivo de formular estratégias intersectoriais de promoção ao direito à cidadania voltadas a ampliação da qualidade de vida no Rio Grande do Norte.

5.10. Atenção Especializada

A atenção secundária é prestada no Rio Grande do Norte pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, possuindo densidade tecnológica voltada para realização de procedimentos de média e alta complexidade.

A rede hospitalar do Rio Grande do Norte caracteriza-se pela existência de 115 estabelecimentos de saúde que realizam assistência de média e alta complexidade (Hospitais Gerais, Hospitais Especializados e Hospitais Dia).

A rede hospitalar sob a gerencia SESAP/RN é composta por 21 estabelecimentos de saúde de média complexidade, todavia alguns realizam procedimentos de alta complexidade.

Destaque-se que a SESAP/RN gerencia estes 21 hospitais, dos quais 23,80% correspondem a estabelecimentos com menos de 50 leitos, com baixa densidade tecnológica. O quadro 1 apresenta os hospitais, sua localização, cadastro CNES e nº de leitos.

Quadro 06 – Quantitativo de leitos por unidade hospitalar e/ou unidade de referência especializada.

REDE HOSPITALAR	ENDEREÇO	MUNICÍPIO	CNES	LEITOS
Hospital Regional Deoclécio Marques de Lucena	R. Sadi Mendes, S/Nº - Santos Reis – CEP: 59150-000	Parnamirim	3515168	76
Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho	Rua D. Pedro Matos, s/n	Macaíba	2473577	55
Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros	Rua Moisaníel de Carvalho, s/n – CEP: 59.162-000	São José de Mipibu	2560089	58
Hospital Regional Lindolfo Gomes Vidal	Rua Ana de Pontes, 136	Santo Antônio	2375265	
Hospital Regional Dr. Tarcísio Maia	Rua Projetada, S/N, Aeroporto	Mossoró	2503689	134
Hospital Rafael Fernandes	Rua Prudente de Moraes, s/n – Bairro Santo Antônio – CEP: 59.611-000	Mossoró	2503654	39
Hospital Regional Hélio Moraes Marinho	R. Pro Projetada, S/N - CEP: 59.700-000	Apodi	2410443	52
Hospital Regional Dr. Aginaldo Pereira da Silva	R. Aparício Carlos Fernandes, 299 – CEP: 59.780-000	Caraúbas	2410141	32
Hospital Regional de João Câmara	R. Jerônimo Câmara, S/N – CEP: 59.550-000	João Câmara	2474751	34
Unidade Hospitalar Regional do Seridó “Telecila Freitas”	R. Estrada do Perímetro Irrigado – Sabugi, S/N - Bairro Paulo VI – CEP: 59300-000	Caicó	6778550	81
Hospital Regional Dr. Mariano Coelho	R. Teotônio Freire, 813 – CEP: 59.380-000	Currais Novos	2476487	88
Unidade Mat Infantil Integrada de São Paulo Do Potengi - Hospital Regional	R. Manoel Marques, 296 - CEP: 59.460-000	São Paulo do Potengi	2475227	40
Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade	Rodovia 405, Km 02	Pau dos Ferros	2409275	58
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel	Av. Senador Salgado Filho, S/N, Tirol	Natal	2653923	311
Hospital Drª Giselda Trigueiro	R. Cônego Monte, S/N – Quintas	Natal	4013484	126
Hospital Dr. José Pedro Bezerra	Rua Araguari, S/N, bairro Potengi – Conj. Santa Catarina	Natal	2408570	176
Natal Hospital Dr. João Machado	Av. Alexandrino de Alencar, 1700 – Tirol CEP: 59.015-350	Natal	2408260	171

Hospital Materno Infantil Maria Alice Fernandes	Rua Pedro Álvares Cabral, S/N – Parque dos Coqueiros	Natal	2654261	70
Hospital Ruy Pereira dos Santos	Rua Coronel Joaquim Manoel, S/N – Petrópolis	Natal	5314267	81
Hospital Central Cel. Pedro Germano	Av. Prudente de Moraes, 887 – Tirol – 59.020-400	Natal	2679469	78
Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos	R. Dr. Luiz Carlos, 150	Açu	2410486	46
Total de leitos hospitalares: 1.806				

Fonte: SESAP/COHUR

Agrava-se, ainda, o problema do sistema hospitalar do RN pelo grande número de pequenos hospitais de natureza pública municipal ou sem fins lucrativos. Segundo orientações do Ministério da Saúde, os estabelecimentos de saúde que possuem um quantitativo inferior a 50 (cinquenta) leitos cadastrados no Sistema de Cadastrado Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES e classificados como Unidades Mistas, hospitais gerais e hospitais especializados, que tenham ou não aderido à Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, terão um período de 03 (três) anos, para se enquadrarem em um dos seguintes perfis:

- Hospital Geral ou Especializado com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos;
- Hospital Especializado em Pediatria, Cuidados Prolongados ou Maternidade com, no mínimo, 40 (quarenta) leitos;
- Hospital-dia clínico e/ou cirúrgico com, no mínimo, 05 (cinco) leitos;
- Centro de Parto normal;
- Unidade de Pronto Atendimento – UPA;
- Unidade Básica de Saúde (UBS) com ou sem Sala de Estabilização;
- Centro de Atenção Psicossocial - CAPS;
- Clínica Especializada com ou sem Sala de Estabilização;
- Policlínica com ou sem Sala de Estabilização;
- Outros.

Nessa perspectiva a mesma normativa propõe os seguintes objetivos:

- Reformular o atual modelo de gestão e atenção hospitalar no SUS do RN;
- 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.

Visando fortalecer as práticas assistenciais e gerenciais, têm-se que os hospitais da rede estadual devem possuir densidade tecnológica e estrutura física, processos organizativos e profissionais adequados ao perfil assistencial e contar com, no mínimo, 50 leitos.

A nova configuração da rede hospitalar do Estado deverá ser baseada nas necessidades regionais com aprovação obrigatória na Comissão Intergestores Regional – CIR e pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

No estado do RN existe um total de 6.016 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 27 – Distribuição do número de Leitos, por especialidade e quantos são do SUS, Rio Grande do Norte, 2019.

ESPECIALIDADE	EXISTENTE	SUS
Cirúrgico	1.961	1.450
Clínico	2.623	2.159
Complementar	764	461
Hospital Dia	154	40
Obstétrico	1.093	1.049
Outras Especialidade	648	526
Pediátrico	838	792
Total	8.081	6.477

Fonte: SESAP, 2020.

Segundo os parâmetros da organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece com oferta adequada 2,5 a 3 leitos/1.000 hab., e que desses de 4 a 10% devem ser destinados à UTI.

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 deverá ser 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, como também outros profissionais de saúde pela necessidade de concurso público regionalizado.

5.10.1 Perfilizaçãodas Unidades Hospitalares da Rede SESAP/RN

A perfilização dos hospitais estaduais da rede SESAP/RN e normatização dos acordos de gestão e gerência dos hospitais regionais estaduais de pequeno e médio porte se fazem junto aos municípios para a implantação de serviços de Cirurgias Eletivas e Pontos assistenciais das Redes de Atenção à Saúde.

Considerando o processo de regionalização da saúde do Rio Grande do Norte, que está em fase de implantação e busca a implementação de consórcios interfederativos para gerir os serviços de saúde considerados importantes de forma regional a Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN) é a condutora deste processo de regionalização e também a responsável pela normatização e publicizaçãodas discussões realizadas nas regiões de saúde, dentro deste contexto.

A SESAP/RN estabelece uma classificação das unidades hospitalares estaduais a partir de níveis, considerando a resposta para a rede em relação às referências para as macrorregiões estaduais (Macrorregião Natal e Macrorregião Mossoró), densidade tecnológica das unidades e capacidade resolutiva para as linhas de cuidados preconizadas pelas redes de atenção à saúde. Os serviços de cirurgias de emergências e ortopédicas, UTI, serviços críticos e leitos de retaguarda mais especializados serão de responsabilidade gerencial da SESAP, considerando os seguintes níveis:

Unidades hospitalares de nível 01 as que terão gerência exclusiva estadual:

a) Pronto Socorro Clóvis Sarinho/Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

- b) Hospital Dr. Pedro Bezerra
- c) Hospital Maria Alice Fernandes
- d) Hospital Deoclécio Marques de Lucena
- e) Hospital Tarcísio Maia
- f) Hospital Rafael Fernandes

Unidades hospitalares de nível 02 as que terão gerência e estadual e municipal (dupla gestão) e que serão, futuramente, geridas totalmente por consórcios interfederativos:

- a) Hospital Regional de João Câmara
- b) Hospital Regional de São Paulo do Potengi
- c) Hospital Regional de Açu
- d) Hospital Regional de Santo Antônio

Unidades hospitalares de nível 03 aquelas que terão gerência estadual, porém terão suporte de gestão administrativa e financeira dos municípios para a área de cirurgias eletivas, urgências obstétricas de risco habitual e serviços de pronto atendimento quando estiverem na estrutura física da unidade estadual (o suporte será realizado através dos consórcios interfederativos no futuro):

- a) Hospital Regional de São José do Mipibu
- b) Hospital Regional de Currais Novos
- c) Hospital Regional do Seridó (Caicó)
- d) Hospital Regional de Pau dos Ferros
- e) Hospital Regional de Macaíba.

Unidades hospitalares de nível 04 aquelas que terão gerência estadual, porém terão suporte de gestão administrativa e financeira dos municípios, de universidades ou outras secretarias para a área de cirurgias eletivas, urgências obstétricas de risco habitual e serviços de pronto atendimento quando estiverem na estrutura física da unidade estadual (o suporte será realizado através dos consórcios interfederativos no futuro):

- a) Hospital da Mulher de Mossoró (novo)
- b) Hospital Giselda Trigueiro
- c) Hospital Coronel Pedro Germano – Hospital da Polícia Militar
- d) Hospital João Machado.

Unidades hospitalares de nível 05 aquelas que eram estaduais e passarão a ter gerência municipal para a área de cirurgias eletivas, urgências obstétricas de risco habitual, leitos de retaguarda e pronto atendimento:

- a) Hospital Regional de Apodi
- b) Hospital Regional de Caraúbas

O Estado pactuará técnico/financeiramente a definição de responsabilidades dentro dos equipamentos hospitalares próprios de pequeno e médio porte, estabelecendo cogestão no gerenciamento e responsabilização assistencial e terá como instrumento normativo de cooperação o termo de ajuste de gestão.

O plano de rateio financeiro, abastecimento de insumos, provimento de pessoal e gerenciamento de escala, serão definidos no instrumento normativo de cooperação (termo de ajuste de gestão). O quadro a seguir apresenta a perfilização dos hospitais citados acima:

Quadro 07 – Perfilização por unidades hospitalar.

UNIDADE HOSPITALAR	PERFILIZAÇÃO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL (NATAL)	PORTA DE URGÊNCIA REGULADA PARA CIRURGIA E TRAUMA
HOSPITAL DR. JOSÉ PEDRO BEZERRA (NATAL)	PORTA DE URGÊNCIA REGULADA PARA CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA, OBSTETRÍCIA DE ALTO RISCO
HOSPITAL TARCISIO MAIA (MOSSORÓ)	PORTA DE URGÊNCIA REGULADA PARA CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA E TRAUMA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA (PARNAMIRIM)	PORTA DE URGÊNCIA REGULADA PARA CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA
HOSPITAL PEDIÁTRICO MARIA ALICE FERNANDES (NATAL)	PORTA DE URGÊNCIA REGULADA PARA CLÍNICA E CIRURGIA PEDIÁTRICA
HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO (NATAL)	PORTA DE URGÊNCIA REGULADA PARA INFECTOLOGIA
HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO	PORTA DE URGÊNCIA REGULADA PARA CLÍNICA MÉDICA e CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL REGIONAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE (PAU DOS FERROS)	PORTA DE URGÊNCIA PARA CLÍNICA MÉDICA, CIRURGICA E TRAUMATOLOGICA
HOSPITAL REGIONAL DR. MARIANO COELHO (CURRAIS NOVOS)	PORTA DE URGÊNCIA REGULADA PARA CLÍNICA MÉDICA E CIRURGIA ELETIVA
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ (CAICÓ)	PORTA DE URGÊNCIA PARA CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA GERAL E TRAUMA
HOSPITAL CENTRAL CEL. PEDRO GERMANO - POLÍCIA MILITAR	HOSPITAL DE RETAGUARDA CLÍNICA E CIRURGICA.
HOSPITAL DA MULHER DE MOSSORÓ	MATERNIDADE DE ALTO RISCO E CIRURGIAS ELETIVAS GINECOLÓGICAS

Quadro 08: Hospitais para serem administrados pelos consórcios regionais ou de responsabilidade municipal.

UNIDADE HOSPITALAR	PERFILIZAÇÃO
HOSPITAL ALFREDO MESQUITA (MACAÍBA)	MATERNIDADE E CLÍNICO
HOSPITAL ANTÔNIO BARROS (SÃO JOSÉ DO MIPIBU)	MATERNIDADE
HOSPITAL REGIONAL DE SANTO ANTÔNIO	CLÍNICO, OBSTÉTRICO E MATERNIDADE
HOSPITAL REGIONAL DE AÇU	CLÍNICO, OBSTÉTRICO E CIRÚRGICAS ELETIVAS
HOSPITAL DE APODI	CLÍNICO E CIRURGIAS ELETIVAS
HOSPITAL DE CARAÚBAS	CLÍNICO E CIRURGIAS ELETIVAS
HOSPITAL DE SÃO PAULO DO POTENGI	CLÍNICO E CIRURGIAS ELETIVAS
HOSPITAL REGIONAL DE JOÃO CÂMARA	CLÍNICO E CIRURGIAS ELETIVAS

5.10.2. Unidades de Referência

5.10.2.1. Hemocentro Dalton Barbosa Cunha (HEMONORTE)

O Hemonorte conta com dois Hemocentros Regionais, um em Mossoró e outro em Caicó; e duas Unidades de Coleta e Transfusão, uma em Pau dos Ferros e outra em Currais Novos. Dispõem ainda de nove Unidades de Agências Transfusionais, um Posto Fixo de Coleta e três unidades Móveis de Coleta.

O Hemocentro do Rio Grande do Norte Dalton Cunha é uma unidade integrante da Secretaria de Estado da Saúde Pública, responsável pela execução no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte, da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde, tendo como diretrizes organizacionais e política da qualidade, o objetivo de buscar permanentemente a melhoria do sistema de gestão, garantindo a qualidade dos produtos e serviços hemoterápicos e hematológicos, baseando-se na ética e no compromisso da alta direção e demais servidores em atender aos requisitos legais e as necessidades dos clientes.

No tocante à área de hemoterapia suas atividades principais são a captação, triagem, coleta, sorologia, fracionamento e distribuição de sangue e hemoterápicos para os hospitais e clínicas públicas e privadas.

Na área de hematologia, suas atividades estão concentradas no tratamento ambulatorial de pacientes portadores de hemoglobinopatias, hemofilia e outras coagulopatias, com serviços complementares de odontologia, assistência social e laboratório de análises clínicas.

Ele é responsável também pela realização de campanhas de captação e fidelização de doadores voluntários, como forma de manter os estoques de sangue abastecidos regularmente.

Em relação às atividades realizadas, no período de 2019, denota-se o fornecimento de hemocomponentes para a manutenção de 100% do atendimento aos pacientes do SUS, sendo coletadas 36.523 bolsas de sangue no período. Para fornecer para a população sangue com garantia de qualidade foram realizados 192.636 exames imunohematológicos e 269.615 exames sorológicos nas bolsas de sangue coletadas na Hemorrede.

Foram realizadas ações educativas e de mobilização social na intenção de esclarecer e mobilizar a população para a doação de sangue, no qual totalizando 37.481 doadores aptos. A produção ambulatorial do Hemonorte realizou 20.612 consultas e 29.908 exames hematológicos. Houve uma produção de 89.871 hemocomponentes para utilização pelos usuários do SUS (portadores de hemoglobinopatias, doenças oncológicas e coagulopatias) nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

5.10.2.2. Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT)

A Assistência Farmacêutica - AF é o conjunto de ações necessárias para que a população disponha de medicamentos de qualidade, nas quantidades e no momento em que for necessário, com a devida orientação para que faça, adequadamente, o seu uso.

A organização da AF na rede de atenção à saúde apresenta procedimentos de natureza técnica, científica e administrativa, cuja gestão deve promover a integração das atividades logísticas ao processo de cuidado, visando obter resultados em saúde favoráveis.

Nesse âmbito estão contidas as ações destinadas à efetivação da intersectorialidade, ou seja, envolvem outros setores, cujas ações podem influenciar o nível de saúde da população, mas que não se constituem ações ou serviços do setor saúde.

A coordenação de assistência farmacêutica, como responsável pela logística exigida pelos medicamentos (programação, aquisição, armazenamento e distribuição), requer um orçamento considerável, tanto pelo custo dos medicamentos, quanto pela necessidade de estruturação adequada para essas tarefas.

A RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) constitui um instrumento norteador de prática, servindo para orientar e subsidiar os estados e municípios, na elaboração das suas respectivas relações de medicamentos e objetiva promover disponibilidade, acesso, sustentabilidade, qualidade e uso racional de medicamentos.

No RN as ações de AF estão direcionadas para o Componente Básico, Estratégico, Especializado além da logística Hospitalar, Nutrição e decisões judiciais.

A Unidade Central de Agentes Terapêuticos é uma unidade de referência, sendo responsável em promover a Assistência Farmacêutica do Estado do Rio Grande do Norte, reunindo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, viabilizando o acesso aos medicamentos e promovendo o uso racional. Aproximadamente 30 mil usuários em todo o Rio Grande do Norte são atendidas por mês pela UNICAT, que dispõe de medicamentos para mais de 77 tipos de patologias clínicas.

Além das Unidades de Natal e Mossoró, há a descentralização dos medicamentos nas regiões de Pau dos Ferros, Currais Novos, Caicó e Assu com o objetivo tornar o serviço mais acessível à população. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como principal característica a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde.

A UNICAT descentralizou também medicamentos para tratamento de pacientes de esquizofrenia refratária atendidos no Hospital João Machado; pacientes com Hepatite Crônica C do Hospital Giselda Trigueiro.

Atualmente o sistema informatizado HÓRUS-Especializado foi concebido para qualificar a gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado do Rio Grande do Norte, possibilitando a realização eletrônica de todas as etapas envolvidas na execução do Componente, assim como, está sendo utilizado pelas unidades hospitalares da rede SESAP para controle e logística medicamentos e produtos para a saúde.

5.10.2.3. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

Atualmente, o total de pacientes atendidos no CEAF no Rio Grande do Norte se aproxima de 60 mil usuários, dos quais, mais de 46 mil foram atendidos entre os meses de maio a agosto do presente ano na Unidade Central em Natal incluindo também as unidades regionais de saúde presentes no interior do estado.

A) Custo de Aquisição dos Medicamentos

Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica são adquiridos de formas distintas onde são divididos em três grupos de financiamento:

Grupo 1A – aquisição centralizada e distribuída pelo Ministério da Saúde;

Grupo 1B – aquisição por parte das Secretarias Estaduais de Saúde com ressarcimento pelo Ministério da Saúde;

Grupo 2 – aquisição exclusiva das Secretarias Estaduais de Saúde.

Tabela 28- Custo de Aquisição de Medicamentos

GRUPO 1A	R\$ 4.538.375,62	R\$ 4.294.437,53	R\$ 5.408.205,55	R\$ 19.243.509,98
GRUPO 1B	R\$ 258.548,66	R\$ 152.559,73	R\$ 168.036,06	R\$ 981.030,56
GRUPO 2	R\$ 357.029,48	R\$ 315.684,56	R\$ 303.519,33	R\$ 1.294.529,31
TOTAL	R\$ 5.153.953,76	R\$ 4.762.681,82	R\$ 5.879.760,94	R\$ 21.519.069,85

Fonte: Hórus-BI

Na tabela acima, pode-se observar um aumento no custo na dispensação no mês de agosto, sendo justificado pelo abastecimento do medicamento somatropina 4UI, disponibilizado para atender os pacientes com deficiência do hormônio de crescimento.

Com relação ao repasse do Ministério da Saúde, referente ao grupo 1B, o estado do RN entra com uma contrapartida de 15% para cobrir os custos de dispensação, esclarecemos que esse fato é devido aos valores de apacs repassados pelo ministério da saúde que não cobre 100% do valor adquirido pelo estado.

Tabela 29 – Relação de custo e valor repassado

CUSTO	R\$ 258.548,66	R\$ 152.559,73	R\$ 168.036,06	R\$ 981.030,56
VALOR REPASSADO	R\$ 234.289,77	R\$ 140.541,94	R\$ 154.482,35	R\$ 835.378,57
% VALOR REPASSADO	90,62%	92,12%	91,93%	85,15%

Fonte: Hórus-BI

5.10.2.4. Centro de Reabilitação Infantil e Adulto (CRI/CRA)

O Centro de Reabilitação Infantil e Adulto, é uma unidade de atenção especializada vinculada à Coordenadoria de Hospitalais e Unidades de Referência da Secretaria de Estado da Saúde Pública, fundado em 12 de julho de 1990. Sendo

uma Unidade de Referência Estadual para atendimento às crianças e adolescentes com deficiências físicas, intelectuais, auditiva, sensoriais ou múltiplas, prestando serviços na área Médico-ambulatorial, em estimulação precoce e reabilitação. Além do atendimento aos adultos com enfermidades crônicas, sequelas neurológicas, amputados e ostomizados. Em 2013 passou a integrar a Rede da Pessoa com Deficiência do RN pela habilitação em Centro Especializado em Reabilitação CER, nível III, para atendimento em deficiência Física, Intelectual e Auditiva, além dos Estomizados e múltiplas deficiências, por meio da portaria nº 496 de 03 de maio 2013/SAS/MS.

O CRI/CRA atualmente presta atendimento a cerca de 12.000 (doze mil) pacientes das 167 cidades do RN e por ano são realizados cerca de 200.000 atendimentos entre consultas, exames e acompanhamentos especializados. O centro disponibiliza hoje atendimentos ambulatoriais em 16 especialidades médicas (geneticista, pediatra, psiquiatra infanti, gastroenterologista infantil, reumatologista infantil, endocrinologista infantil, neurologista infantil, oftalmologista, pneumologista pediatra, ortopedista infantil, otorrinolaringologista, dermatologista, clínico geral, proctologista, neurofisiologista, neurologista infantil).

E na área de Reabilitação contamos com 10 especialidades (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador físico, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, nutricionista, assistente social, odontólogo, enfermeiro.

Além da oferta de serviço de Concessão de Órtese, Prótese e Materiais de Especiais (OPME);Concessão de Materiais para Estomias (Atendimento de Pessoas com Estomias Intestinais e Urinárias);Laboratório de Genética Humana;Serviço de Diagnóstico em audiologia (triagem auditiva) e em Eletroencefalograma.

Como também, serviços complementares de Odontologia;Radiografia Odontológica;Núcleo de Atendimento aos Fissurados;Farmácia;Nutrição;Vacina; Transporte Sanitário.

O Centro oferece assistência diagnóstica, tratamento (habilitação/reabilitação) e acompanhamento, por meio do laboratório de genética humana, clínicas médicas e odontológico, vacinação, natação terapêutica, oficina de arteterapia, atividades da vida prática, farmácia, tecnologia assistiva, refeição, programas e projetos de

inclusão social e de acolhimento. Outros serviços também compõem a grade da unidade como os setores de serviços gerais e transporte, almoxarifado, esterilização. A equipe multiprofissional é qualificada para o atendimento da pessoa com deficiência nas áreas da assistência social, enfermagem, nutrição, medicina, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, pedagogia/psicopedagogia, análises clínicas, dispensação de medicamentos, educação física, adaptação, concessão de órtese, prótese, meios auxiliares de locomoção-OPM e confecção de órteses (tecnologia assistiva).

O CRI/CRA realizou um total de 148.505 procedimentos no período de Janeiro à Outubro de 2019, conforme podemos observar no Quadro 09:

Quadro 09 – Número de procedimentos realizados entre Janeiro e Outubro de 2019

PROCEDIMENTOS	QUANTIDADES
Órtese	281
Prótese	210
Bolsas de Estomias	93.779
Consultas / Acompanhamentos	52.826
Exames Laboratoriais	720
Eletroencefalograma	338

Fonte: CRI/CRA

Durante o período de 10 meses, pode-se destacar inicialmente o crescente número na distribuição de Órtese e Prótese, sendo beneficiados em torno de 500 usuários. Quanto ao serviço de apoio em diagnóstico, pôde-se perceber que a Unidade tem consolidado tal serviço com a realização de mais de 1000 (mil) exames, auxiliando principalmente no diagnóstico de alterações eletrofisiológicas cerebrais e no diagnóstico de doenças genéticas, sendo parte delas consideradas doenças raras.

No que diz respeito às consultas/acompanhamentos em reabilitação, observou-se um número satisfatório de atendimentos que, no ano de 2019, pode-se destacar a inserção da especialidade médica em pneumologia infantil, bem como a implantação do ambulatório para pacientes com pé torto congênito.

5.11. Redes de Atenção à Saúde

A Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde, na qual define-se Redes de Atenção à Saúde 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.”(BRASIL, 2010).

O objetivo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é promover a integração de ações e serviços de saúde, para prover 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, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e a sua implementação efetiva.

O Estado do Rio Grande do Norte (RN) elencou o compromisso prioritário a organização das Redes Temáticas, sendo, a Rede Materno-Infantil; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras droga; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Linhas de Cuidado prioritárias como Oncologia, Sobrepeso e Obesidade, Hipertensão e Diabetes, Pé diabético com possibilidade de amputação, entre outras.

5.11.1. Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência

A Rede da Pessoa com Deficiência no Estado do Rio Grande do Norte, constituiu os alicerces para a sua organização por meio das Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PcD): Promoção da qualidade de vida das PcD; assistência integral à saúde da PcD; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção à PcD e capacitação de recursos humanos, com vistas a superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento dos serviços disponíveis ao atendimento à PcD,

através de um conjunto de ações desenvolvidos de forma intra e intersetorial, baseados nos eixos do viver sem limite - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, incluindo Educação, Saúde, Acessibilidade e Assistência Social.

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCSP) - instituída pela Portaria nº 793, de 24/04/12, consolidada na Portaria Nº 3 de setembro de 2017 busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A rede visa à ampliação do acesso com o acolhimento e a qualificação do atendimento às PcD (seja auditiva, física, intelectual, ostomias ou múltiplas deficiências) com foco na organização em rede e na atenção integral à saúde.

De acordo com o Censo do IBGE 2010, mais de 45,6 milhões de brasileiros declararam ter alguma deficiência. O maior percentual de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas está no Nordeste do país, com cerca de 26,6% da população, sendo 21,2% com deficiência visual; 5,8%, deficiência auditiva; 7,8% deficiência motora e 1,6% com deficiência mental ou intelectual

Ainda de acordo com o censo 2010, o Rio Grande do Norte é um dos Estados brasileiros com o maior índice de pessoas com um ou mais tipos de deficiência, no total são 882.022 (oitocentos e oitenta e dois mil e vinte e dois) potiguares com pelo menos uma das deficiências investigadas. O índice corresponde a 27,8% do total da população do RN, bem acima da média nacional de 23,9%.

Quadro 10 – População por região de saúde e nº de PcD

REGIÃO	POPULAÇÃO	PELO MENOS UMA DAS DEFICIÊNCIAS
1ª	351.502	99.666
2ª	436.940	121.054
3ª	323.763	94.350
4ª	295.726	7.088
5ª	185.719	55.685
6ª	242.006	75.527
7ª	1.187.899	305.015
8ª	144.472	43.641

Fonte: Censo IBGE. 2010

Gráfico 120 - Proporção da população com pelo menos uma das deficiências investigadas por região de saúde



Fonte: RN.IBGE. 2010.

De acordo com o gráfico 120, dentre as regiões de saúde do RN, a maior incidência (proporção da população com pelo menos uma das deficiências investigadas), ocorreu na 6ª região de saúde, com taxas de 31, 21% e a menor ocorreu na 7ª região com taxas de 25,68%.

O Estado do RN vem concentrando seus esforços na implantação da RCSPD desde maio 2012, quando assinou em Natal, o termo de adesão ao Plano Viver sem Limite, sendo o primeiro estado do nordeste a aderir ao plano, com o objetivo de promover o direito à cidadania, à inclusão e à autonomia de todas as pessoas com deficiência do estado. Tem-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada prioritária e ordenadora do cuidado. Vem-se estimulando e incentivando os municípios no desenvolvimento de ações voltadas às pessoas com deficiência nesse nível de atenção.

Na atenção secundária, os pontos de atenção nas áreas de reabilitação física, auditiva e visual estão distribuídos em todo estado por meio dos Centros Especializados em Reabilitação, dos Serviços de Modalidade Única, Oficina Ortopédica fixa e também pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que aderiram à rede através de portarias específicas. Atualmente o RN conta com 09 (nove) Centros Especializados em Reabilitação (CER) distribuídos em 07 (sete)

das 08 (oito) regiões de saúde que compõem o estado, 01 Oficina Ortopédica Fixa, além dos serviços de modalidade única, dos CEO, e ainda, 03 (três) CER em construção.

Quadro 11 – Relação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) em funcionamento e em construção no RN - 2019.

RELAÇÃO DOS CER NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE						
MUNICÍPIO	TIPO	REGIÃO	MODALIDADE	GESTÃO	NATUREZA	PORTARIA DE HABILITAÇÃO
S. José de Mipibu	CER III	1ª	Auditiva, Física e Visual	Municipal	Pública	Portaria/GM/MS Nº 3.075, de 28 de dezembro de 2016.
Areia Branca	CER II	2ª	Física e Intelectual	Municipal	Pública	Portaria/GM/MS Nº 2.827, de 23 de dezembro de 2016.
Guamaré	CER II	3ª	Física e Intelectual	Municipal	Pública	Portaria/GM/MS Nº 2.529, de 28 de dezembro de 2016.
Caicó	CER III	4ª	Física, Intelectual e Visual	Municipal	Pública	PORTARIA Nº 4.019, DE 17 de dezembro DE 2018.
Santa Cruz	CER II	5ª	Física e Intelectual	Municipal	Pública	Portaria/GM/MS Nº 2.221 de 01 de setembro de 2017.
Pau dos Ferros	CER II	6ª	Física e Intelectual	Municipal	Filantrópica	Portaria/GM/MS Nº 1.041, de 06 de outubro de 2015.
Macaíba	CER III	7ª	Auditiva, Física e Intelectual.	Municipal	Filantrópica	Portaria/GM/MS Nº 1.430, de 17 de outubro de 2016.
Natal (estado)	CER III	7ª	Auditiva, Física e Intelectual.	Municipal e Estadual	Pública	Portaria/GM/MS Nº 496 de 03 de maio de 2013.
Natal (município)	CER II	7ª	Física e Intelectual	Municipal	Filantrópica	Portaria/GM/MS Nº 766, de 28 de março de 2018
Mossoró – Em processo habilitação junto ao MS - CER IV	CER IV	2ª	Auditiva, Física, Intelectual e virtual	Municipal	Pública	Portaria/GM/MS Nº 3245, de 26 de dezembro de 2013
Parnamirim Em processo habilitação junto ao MS	CER IV	7ª	Auditiva, Física e Intelectual.	Municipal	Pública	Portaria/GM/MS Nº 200 de 12 de fevereiro de 2014
S.G.A. - em processo hab. junto ao MS	CER III	7ª	Auditiva, Física e Intelectual.	Municipal	Pública	Portaria/GM/MS Nº 2.137 de 21 de dezembro de 2015

Fonte: RCSPD/SUAS/CPS/SESAP – 2019.

Quadro 12 – Relação Oficina Ortopédica em funcionamento, construção e habilitação – RN - 2019.

RELAÇÃO DE OFICINA ORTOPÉDICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE						
MUNICÍPIO	TIPO	MODALIDADE	REGIÃO	GESTÃO	NATUREZA	PORTARIA DE HABILITAÇÃO/ CONSTRUÇÃO
Pau dos Ferros 100% em atividade	III	FIXA	6 ^a	Municipal	Filantrópica	Portaria/GM/MS Nº 3.681, de 22 de Dezembro de 2017.
Natal Superação de ação preparatória – SISMOB	III	FIXA	7 ^a	Estadual	Pública	SIMOB: 14031.9550001/19-031
Guamaré Obra em andamento	III	FIXA	3 ^a	Municipal	Pública	SIMOB: 121842740001/19-002

Fonte: RCSPD/SUAS/CPS/SESAP – 2019.

Tendo em vista a realização do diagnóstico e análise da situação de saúde PcD no RN, através do desenho regional da RCSPD, para as 08 (oito) regiões de saúde, necessário se faz, uma rede com 22 (vinte e dois) CER para uma cobertura de 100% dessa população.

Outra ação que está sendo trabalhada é a instituição da Política de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (DR), concretizando junto ao MS a habilitação do Centro Especializado em Reabilitação – CER do estado (Centro de Reabilitação Infantil e Adulto - CRI/CRA) como referência em doenças raras e os demais CER como Serviços de Atenção Especializada, com abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS e definição de fluxo. Concomitante, está em pauta a capacitação dos profissionais dos serviços de reabilitação para atendimento às pessoas com DR, assim como os da rede de apoio. Outro avanço está sendo a definição de fluxo de atendimentos dos pacientes com deficiência que necessitam de tratamento odontológico sob anestesia geral.

No tocante às pessoas estomizadas, a compra de equipamentos coletores (bolsas) e adjuvantes de proteção e segurança para estomas intestinais e urinários é feito pela Secretaria e sua distribuição é feita pelo CRI/CRA, que também é responsável pela prestação de assistência especializada, de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação

para o autocuidado, e prevenção de complicações em estomias, o acesso aos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança; conta com o apoio do município de Mossoró (Hospital da Polícia) na 2ª região e Pau dos Ferros (CER II) na 6ª região, que prestam assistência especializada e realizam a entrega das bolsas e adjuvantes aos pacientes.

É importante ressaltar que as cirurgias de reversão para os pacientes classificados “temporários” conforme estabelecido pelo médico especialista, serão viabilizadas em maior número pelo Programa Estadual de Cirurgias Eletivas, sendo esse procedimento de extrema relevância, pois constitui a conclusão do seu tratamento; e está trabalhando também para construir a linha de cuidado da pessoa estomizada no RN, com ênfase na organização a partir da constituição de regiões de saúde, todas essas ações são prioridades para o estado.

5.11.2. Rede de Atenção Materno-Infantil

A Rede Materno Infantil (RMI), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria GM MS nº 1.459/2011, é uma estratégia que visa assegurar às mulheres o acesso ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e às crianças a garantia ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável, considerando-se as diversidades culturais, étnicas, raciais, de gênero e sexualidade da população brasileira.

O Rio Grande do Norte aderiu a Rede Materno Infantil desde o ano de 2012, 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 pelas Portarias 072/2012 e 53/2017) e homologação da região prioritária na CIB (deliberação 722 de 20/10/2011), em agosto/2011.

Assim, inicialmente foram elaborados e encaminhados ao Ministério da Saúde os Planos da Região Metropolitana e da 2ª, 8ª e 6ª Regiões, que foram aprovados e tiveram recursos para custeio e investimentos liberados. Em seguida, foram elaborados e pactuados os planos de ação das demais Regiões de Saúde do Estado. Os planos de ação da 3ª e 4ª Regiões receberam aprovação em 2014 pelo

Ministério da Saúde, e os planos da 1ª Região e 5ª Região de Saúde, encaminhados em dezembro de 2015, seguem aguardando aprovação.

Atualmente, a RMI desenvolve ações em todas as oito regiões de saúde do Estado do RN. Realiza-se o acompanhamento, apoio, monitoramento e avaliação dos serviços que integram a Rede Materno Infantil do Estado do RN, em conformidade com as estratégias propostas pelo Ministério da Saúde. O quadro 13 apresenta as Maternidades que compõem a Rede Cegonha em cada região de Saúde do Estado, conforme pactuado nos PAR regionais.

Quadro 13 – Serviços de risco habitual de alto risco, que compõem a Rede Materno Infantil, no estado do Rio Grande do Norte, por região de saúde, 2019.

1ª REGIÃO	2ª REGIÃO	3ª REGIÃO	4ª REGIÃO	5ª REGIÃO	6ª REGIÃO	7ª REGIÃO
Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros	Maternidade Almeida Castro*	Hospital Municipal Dr. Percílio Alves de Oliveira	Hospital Municipal do Seridó (antiga Fundação Hospitalar Dr. Carlindo Dantas)	Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB)	Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade	Maternidade Escola Januário Cicco
	Hospital Reg. Dr. Aguinaldo Pereira da Silva	Hospital Municipal de Taipú	Hospital Regional Mariano Coelho		Hospital Maternidade Guiomar Fernandes	Hospital Dr. José Pedro Bezerra*
	Hospital Maternidade Sara Kubitschek	Fundação Antônio Ferraz	Hospital Maternidade Terezinha Lula de Q. Santos		Hospital Maternidade Abel Belarmino de Amorim	Maternidade Prof. Leide Morais
	Hospital e Maternidade Municipal Fco. Bezerra Sobrinho	Hospital Maternidade Aluisio Alves	Maternidade Dr. Graciliano Lora		Hospital Maternidade Severina Carlos de Andrade	Maternidade Araken Irerê Pinto
	Hospital Maternidade Paulina Targino	Hospital Manoel Lucas de Miranda			Hospital Maternidade Joaquina Queiroz	Maternidade Escola Januário Cicco*
	Hospital Municipal de Patu	Hospital Ministro Paulo de Almeida Machado			Hospital Dr. Nelson Maia	Maternidade Belarmina Monte
					Maternidade Stª Luíza de Marilac	Maternidade Divino Amor

					Hospital Fundação Lindolfo Fernandes dos Santos	Hospital Alfredo Mesquita
--	--	--	--	--	---	---------------------------------

Fonte: PAR da Rede Cegonha Regionais. (SESAP/CPS/SUAS/GASME. 2019). *Maternidades de referência para obstetrícia de alto risco regional

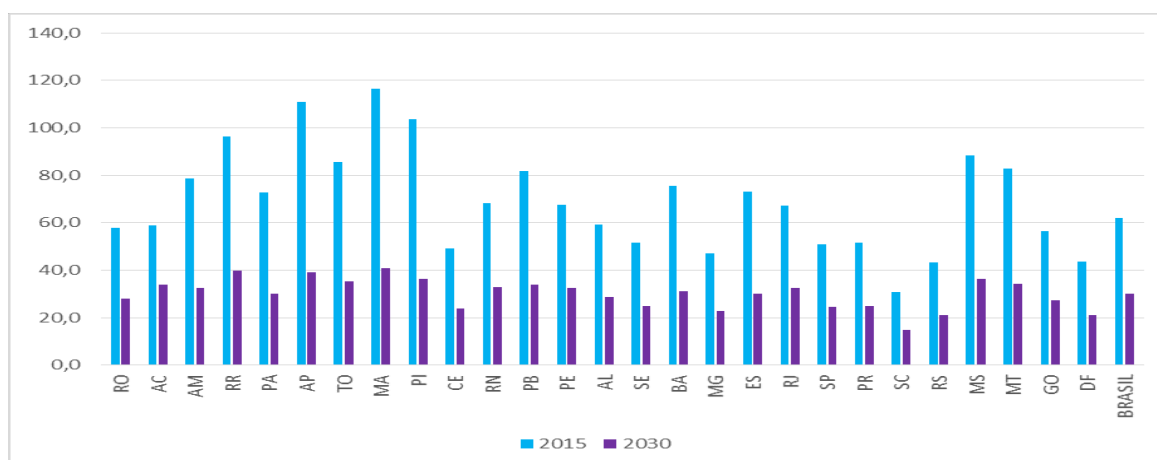
Os serviços apresentados acima atendem aos partos de risco habitual e alto risco e assistência ao recém-nascido de risco, aqueles marcados em negrito são unidades de referências regionais. Determinados serviços que estavam inicialmente integrando a rede nos planos de ação regional passaram por mudança de perfil ou tiveram suas atividades suspensas, fato que apontou para a necessidade de atualização desses planos.

É importante ressaltar, que a SESAP vem envidando esforços na implantação do Plano Estadual de Enfrentamento à Mortalidade Materna e na Infância, objetivando a redução da morte materna e na infância por causas evitáveis. O plano está em consonância com as políticas do Ministério da Saúde e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) – Agenda 2030.

A redução da mortalidade infantil e materna é ainda um grande desafio para os serviços de saúde, gestores e para a sociedade como um todo. A vigilância dos óbitos e nascimentos é uma importante estratégia para redução da mortalidade materna, infantil e fetal, o que dá visibilidade e confiabilidade à estas ocorrências, pois identifica e analisa suas causas, contribuindo para melhorar o registro dos óbitos e nascimentos, possibilitando a adoção de medidas pelos serviços de saúde, a fim de prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis.

As estatísticas sobre a mortalidade materna no Brasil têm sido apontadas como o melhor indicador da saúde da população feminina. De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2015, o Brasil registrou 1.738 casos de morte materna, que engloba óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorridos até 42 dias depois. A razão da mortalidade materna no Brasil não é homogênea e com disparidades entre as regiões, os resultados alcançados pelos estados em 2015 e sua projeção para redução em 2030 podem ser observadas no Gráfico 121.

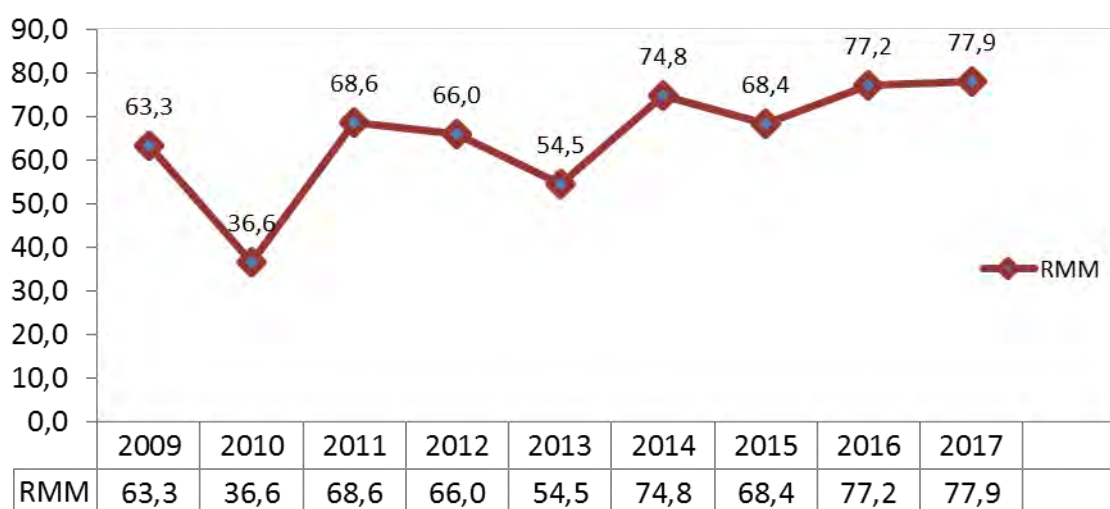
Gráfico 121 – Razão da mortalidade materna em 2015 e projeção para até 2030, por unidades da federação – Brasil.



Fonte: MS/SVS/GCIAE / 2018.

Os estados das regiões norte e nordeste apresentam as taxas de mortalidade materna mais elevadas do País. Importante destacar que a partir de 2009 se iniciou o processo compulsório de notificação e investigação do óbito materno, o que pode ter contribuído para melhoria da qualidade da informação, que estava subnotificada em períodos anteriores. No Rio Grande do Norte a razão de mortalidade materna são elevadas e crescentes, como mostra o Gráfico 122.

Gráfico 122 Razão de Mortalidade Materna de residentes no Rio Grande do Norte no período de 2009 a 2017*

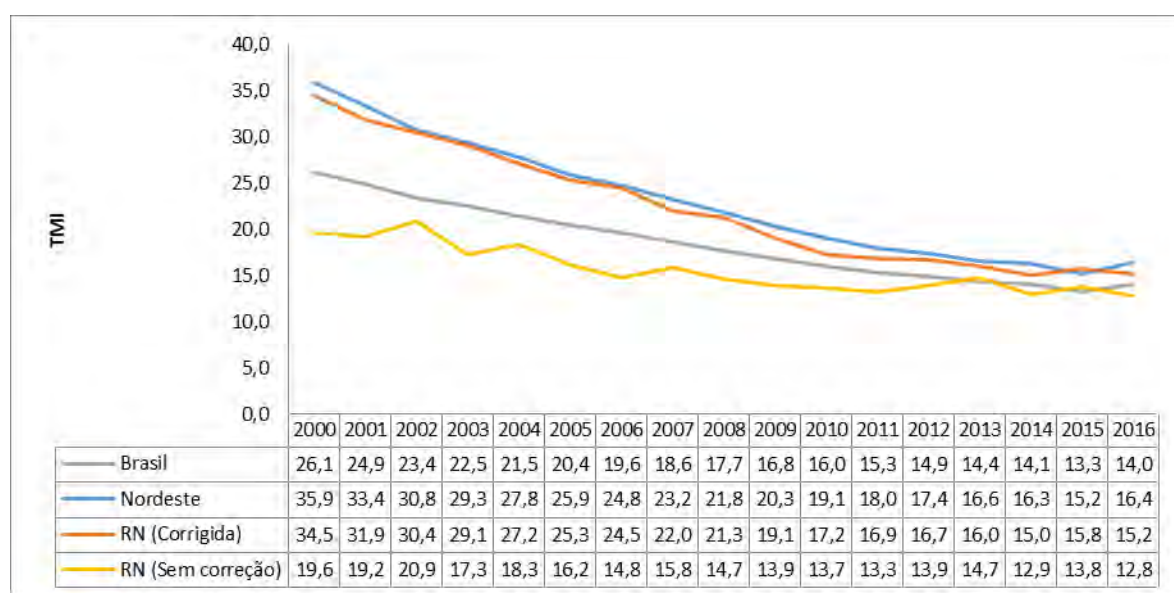


Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) / 2019. **NOTA:** De 2009 a 2017 a RMM foi corrigida utilizando-se a Metodologia de Vigilância de Óbitos de Mulher em Idade Fértil - 2018 dados provisórios, RMM cálculo direto SIM E SINASC estadual.

No Brasil, as principais causas de morte materna registradas anualmente são causadas pela hipertensão, hemorragias e infecção puerperal, podendo haver variações regionais na seqüência de ocorrência. Contudo, especialistas consideram que mais de 90% dos casos são considerados evitáveis, seja por ações relacionadas ao acompanhamento no pré-natal, atendimento durante o parto ou no puerpério (MS/SVS, 2018) implicando nos indicadores de mortalidade fetal, infantil e na infância.

A taxa de mortalidade infantil no Brasil, Região Nordeste e Rio Grande do Norte no período de 2010 a 2016, apresenta melhora pouco expressiva (Gráfico 123). Esta variável é um eficiente indicador de desenvolvimento, no qual suas variações estão diretamente ligadas a fatores demográficos, socioeconômicos e de condições sanitárias e de saúde.

Gráfico 123 - Taxas de Mortalidade Infantil no Brasil, Região Nordeste e Rio Grande do Norte, 2000 a 2016.



Fonte: SIM/SUVIGE/CPS/SESA-P-RN e DATASUS/MS

Outra medida apoiada pela SESAP, via cooperação do Banco Mundial e o programa Governo Cidadão, é a ampliação e qualificação dos serviços da Rede Materno-Infantil, através de reformas, construções, ampliações, aquisições de equipamentos e materiais permanentes, além de ações de educação permanente. Foram contempladas ao todo 21 maternidades que compõem a rede materno-infantil no estado.

Ademais, a RMI vem realizando esforços com objetivo fortalecer as boas práticas e sensibilizar os profissionais de saúde quanto às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento da criança, efetivando a prática como política de saúde. Além de desenvolver ações e parcerias que possibilitem uma interface da assistência com a educação e comunidade.

No sentido de buscar estratégias para a organização da atenção materno infantil, foram propostas ações dentro de eixos transversais, para que as boas práticas cheguem a todos os âmbitos do cuidado na rede. Tem-se desenvolvido diferentes ações voltadas para estimulação e formação de Enfermeiras Obstétricas, Doulas e outros profissionais de saúde, para mudança no modelo de atenção obstétrico e neonatal.

Outro avanço imprescindível foi a implantação da Central de Regulação de Acesso às Urgências em Obstetrícia, com o objetivo de organizar o fluxo assistencial para realização dos partos de risco habitual e o encaminhamento adequado em casos de alto risco, de forma regionalizada, reduzindo o tempo de resposta para o atendimento da parturiente.

Os Planos de Ação da Rede Materno-Infantil do RN se consolidaram em 2015, por um processo de construção coletiva, integrada e ascendente. Foram elaborados oito (08) Planos de Ação de Redes, por Região Saúde e deliberado pela Comissão Intergestora Bipartite do Estado, em seguida enviados ao Ministério da Saúde. Entretanto, verificou-se que os mesmos não foram implantados e/ou implementados como descrito nos planos de ação regional, ou atualmente encontram-se fora do desenho da rede materno-infantil da sua região. Com isto, identificou-se a necessidade da repactuação dessas redes na lógica de regionalização, cujo novo desenho está em fase de construção. A Rede Cegonha hoje é denominada de Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil.

5.11.3. Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS foi instituída por meio da Portaria nº 3.088 em 2011 e está organizada em sete eixos de cuidado que devem funcionar a partir da articulação entre serviços e sistemas de saúde, com provisão de atenção

contínua, longitudinal, integral, de qualidade, responsável e humanizada, com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os fundamentos e diretrizes que norteiam as práticas de cuidado na RAPS, são:

*“respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade **das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular”** (BRASIL, 2013, p.2) .*

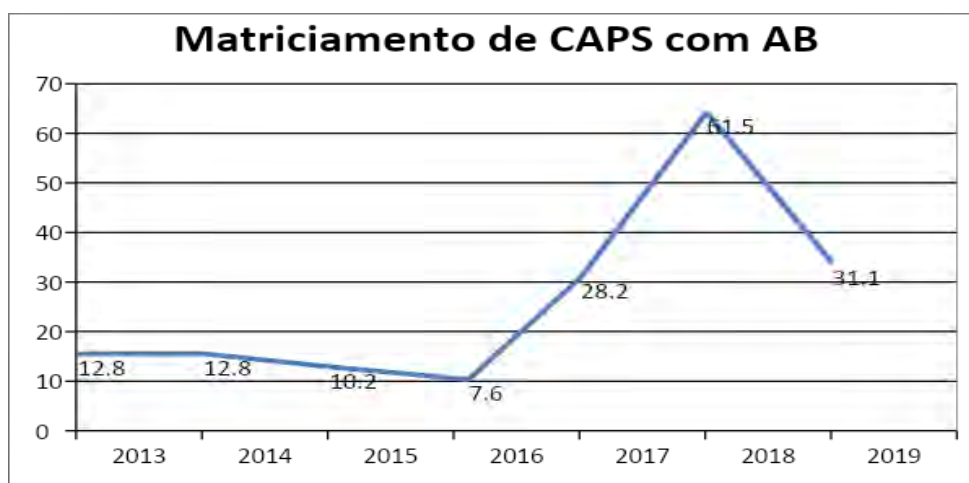
Eixos de Cuidado na RAPS

A) Atenção Primária à Saúde

O eixo da Atenção básica é constituído por Equipes de Atenção Básica, Equipes de Consultório na Rua, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Centros de Convivência. O RN tem credenciado um total de 177 equipes de NASF, 5 Equipes de Consultório na Rua, 1.015 Equipes de Saúde da Família, 5.469 Agentes Comunitários de Saúde e 01 Centro de Convivência.

Reconhecendo a importância do protagonismo da Atenção Primária no cuidado em saúde mental, foi implementado o indicador de Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica. Este indicador de matriciamento é medido anualmente e visa avaliar o percentual de implementação das ações de matriciamento realizadas pelos CAPS com as equipes de Atenção Primária. O gráfico 124 apresenta uma série histórica do indicador de matriciamento no RN.

Gráfico 124 - Série histórica do indicador de matriciamento no RN.



Fonte: SESAP – Tabwin, 2019. Dados sujeito à alteração.

Percebe-se que nos três últimos anos há uma expansão considerável de ações de matriciamento. Esse aumento aponta uma compreensão da lógica do cuidado psicossocial, com o fortalecimento do cuidado compartilhado no território e tendo a ESF como uma das principais aliadas no processo de mudança das práticas no campo da saúde mental tornando possível um cuidado mais humano e integral.

Porém, ainda é preciso desenvolver estratégias de qualificação em serviço de educação permanente que permita aos técnicos uma reflexão sobre a prática em saúde mental baseada no território, uma vez que observa-se uma compreensão incipiente do conceito do matriciamento na saúde mental.

B) Atenção Especializada

É formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i)

definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPS foram concebidos na perspectiva de um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, configurando-se como dispositivo articulador para a reversão do modelo hospitalar. Portanto, é um serviço de base essencialmente territorial não ambulatorial.

O Estado do Rio Grande do Norte conta atualmente com 45 CAPS em seu território de abrangência. O quadro 14 apresenta a distribuição dos serviços por regiões de saúde.

Quadro 14 – Distribuição dos dispositivos CAPS no estado do RN.

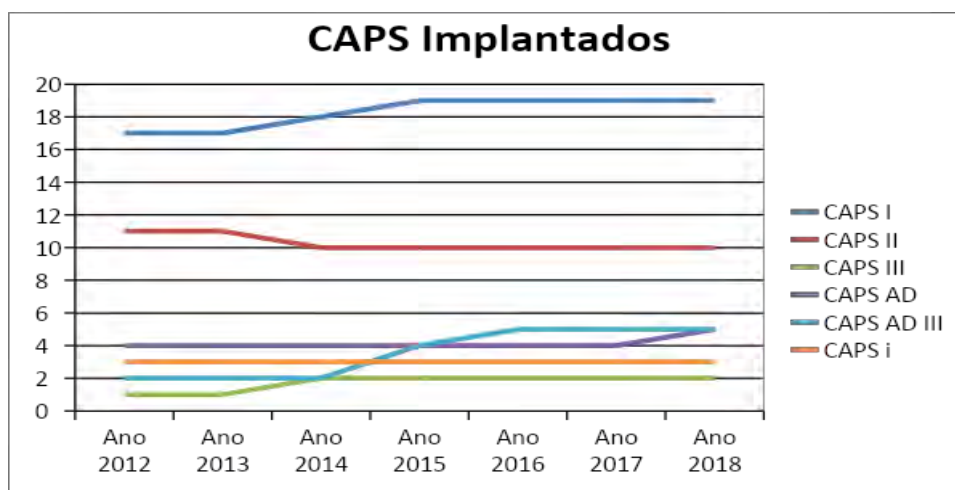
1ª Região	Canguaretama	CAPS I
	Goianinha	CAPS I
	Santo Antônio	CAPS I
	São José de Mipibu	CAPS I
	Nova cruz	CAPS AD III
2ª Região	Apodi	CAPS I
	Areia branca	CAPS I
	Baraúna	CAPS I
	Caraúbas	CAPS I
	Mossoró	CAPS AD
		CAPS II
		CAPS II
		CAPS i
3ª Região	Ceará-mirim	CAPS AD
		CAPS II
	João Câmara	CAPS I
	Macau	CAPS AD
	Parazinho	CAPS I
	Touros	CAPS I
4ª Região	Caicó	CAPS AD
		CAPS III
	Currais novos	CAPS II
	Jucurutu	CAPS I
	Parelhas	CAPS I
5ª Região	Santa Cruz	CAPS AD
		CAPS II
	São José do Campestre	CAPS I
	São Paulo do Potengi	CAPS I
6ª Região	Patu	CAPS I
	Pau dos ferros	CAPS II

	São Miguel	CAPS I
7ª Região	Extremoz	CAPS I
	Macaíba	CAPS AD
		CAPS II
	Natal	CAPS AD
		CAPS AD III
		CAPS III
		CAPS i
		CAPS II
	Parnamirim	CAPS ADIII
		CAPS i
		CAPS II
8ª Região	São Gonçalo do Amarante	CAPS AD II
		CAPS II
	Assú	CAPS I

Fonte: SESAP/SUAS/GASME/2019.

De acordo com o material produzido pelo MS, 2015, Saúde Mental em Dados 12, desde o ano de 1998 houve um constante crescimento e implantação dos CAPS, o que aponta para a consolidação do modelo de atenção para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, como também para a ampliação de ofertas de cuidado no território. O gráfico 125 demonstra como se deu o processo de implantação dos CAPS no território do RN.

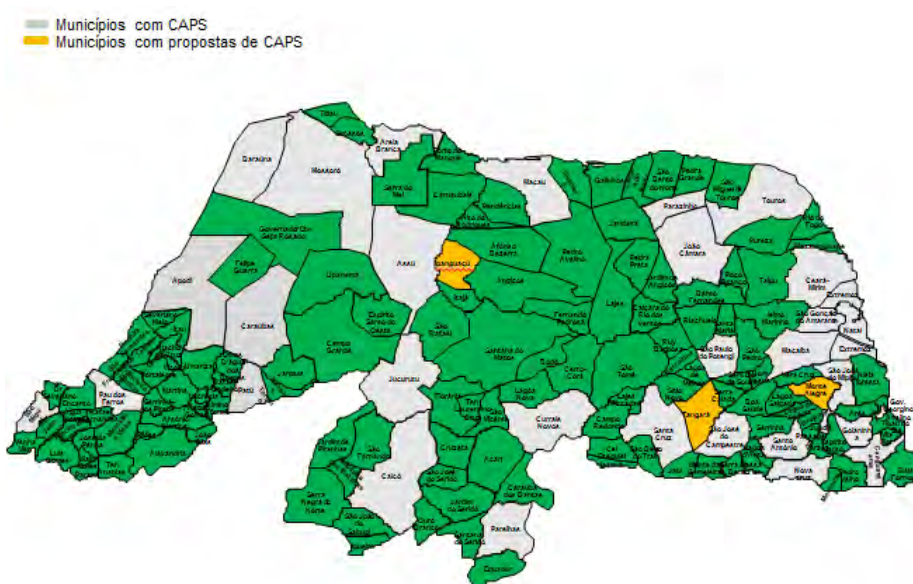
Gráfico 125- Série histórica de implantação dos CAPS no Rio Grande do Norte.



Fonte: SESAP/SUAS/GASME/2019.

Em 2015, o indicador nacional de cobertura de CAPS era de 0,86, de acordo com a Saúde Mental em DADOS 12, e o do Estado do RN era de 0,92. Atualmente, no Estado o número é de 1 CAPS/100 mil hab, o que significa uma cobertura muito boa segundo o parâmetro deste indicador.

Figura 28: Mapa de distribuição dos Centro de Atenção Psicossocial no território do RN.



Na figura 28 apresentamos de cor cinza os municípios que possuem CAPS e de amarelo três municípios (Tangará, Monte Alegre e Ipanguaçu) com proposta de implantação de novos CAPS.

Tabela 30-Distribuição de CAPS por tipo e por Região de Saúde do ano 2019.

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS Ad	CAPS AD III	CAPS i	Total
1ª Região de Saúde	4	-	-	-	1	-	5
2ª Região de Saúde	5	2	-	1	-	1	9
3ª Região de Saúde	3	1	-	2	-	-	6
4ª Região de Saúde	2	1	1	1	-	-	5
5ª Região de Saúde	2	1	-	1	-	-	4
6ª Região de Saúde	2	1	-	-	-	-	3
7ª Região de Saúde	1	3	1	3	2	2	12
8ª Região de Saúde	1	-	-	-	-	-	1

Fonte: SESAP/SUAS/GASME/2019.

O indicador CAPS/100 milhabitantes foi criado para apresentar a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo e para ser instrumento aos gestores de avaliação e de definição de prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial. Se analisarmos a figura 28 da distribuição dos CAPS nas regiões é perceptível a existência de vazios assistenciais. Com base neste gráfico, estabelecemos como meta habilitar 10 CAPS nos próximos 4 anos. Listamos aqui as áreas de vazio assistencial que nortearão a decisão de abertura de novos serviços.

I URSAP - abertura do 01 CAPS I Monte Alegre* e 01 CAPS I Nísia Floresta*;

III URSAP - 01 CAPS infantil;

IV URSAP - 06 CAPS, sendo 01 CAPS infantil;

V URSAP - 04 CAPS, sendo 01 CAPS em Tangará*;

VI URSAP- 04 CAPS sendo 01 CAPS i e 01 CAPS ad regional;

*Legenda: *Municípios que já solicitaram o serviço.*

Além dessas novas habilitações há também como meta a mudança de modalidade de 10 CAPS, são eles: CAPS de São José de Mipibu, CAPS Apodi e CAPS Canguaretama. Todos para Caps III.

C) Atenção de Urgência e Emergência

São pontos de atenção de urgência e emergência: “SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros.”

Nos últimos anos houve um incremento nas qualificações das portas de entrada das urgências e emergências principalmente nos dispositivos da 7ª região. Porém, há muito a avançar principalmente em função da cultura da manicomialização: esses pontos de atenção se recusam a cuidar e encaminham para as portas de hospitais psiquiátricos.

D) Atenção Residencial de Caráter Transitório

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é formada pelas Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial. Atualmente o RN conta com apenas uma unidade de acolhimento implantada, uma em fase de construção e uma judicializada. Todas essas três são na modalidade infantojuvenil, que se destinam a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos incompletos).

A Unidade de Acolhimento tem uma função imprescindível na estrutura de uma política pública para pessoas com uso problemático de drogas que estão vulnerabilizadas e que, por isso, apresentam necessidade de afastamento, em caráter transitório, das cenas de uso e do território em que reside.

Observa-se que esse eixo é um dos mais comprometidos na rede de saúde mental do RN por não haver previsão de implantação de unidade de acolhimento para adultos o que fragiliza a linha de cuidado dos pacientes que fazem uso de álcool e outras drogas.

E) Atenção Hospitalar

No que compete a atenção hospitalar a rede conta com os leitos de saúde mental em hospitais gerais que tem como objetivo oferecer retaguarda clínica por meio de internações de curta duração, com equipe multiprofissional, acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS e outros serviços da RAPS para construção do Projeto Terapêutico Singular.

Atualmente o estado do Rio Grande do Norte passa por um processo de expansão desses leitos. De acordo com a tabela 29, estima-se a implantação de no mínimo 8 leitos nos hospitais regionais do Estado. Pretende-se iniciar a implementação dos leitos na 1ª, 6ª, 8ª Regiões de saúde. A tabela mostra a situação dos leitos de saúde mental até Dezembro de 2019.

Tabela 31- Leitos de Saúde Mental no estado do RN - Processo de implantação.

LEITOS EM SAÚDE MENTAL				
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	HOSPITAL	TOTAL DE LEITOS	SITUAÇÃO
2ª Região de Saúde	Apodi	Hospital Regional Helio Morais Marinho	8	Em processo de implantação
	Mossoró	Hospital Regional Tarcisio Maia	9	Em processo de implantação
4ª Região de Saúde	Caicó	Hospital Regional do Seridó	8	Em processo de habilitação
	Currais Novos	Hospital Dr. Mariano Coelho	8	Em processo de implantação
	Natal	Hospital Universitário Onofre Lopes	6	Habilitados
7ª Região de Saúde			3	Infantojuvenil Em processo de implantação
		Hospital Municipal de Natal	5	Habilitados
			1	Em processo de habilitação
		Hospital Maria Alice Fernandes	8	Em processo de habilitação
		Hospital Giselda Trigueiro	8	Em processo de implantação
		Hospital Walfredo Gurgel	8	

Fonte: GASME – Outubro de 2020 *Dados sujeito a alteração.

Para que esses leitos funcionem de modo a atender sua finalidade é necessário garantir a educação em serviço com vistas a qualificar a atenção hospitalar para o manejo em saúde mental numa perspectiva territorial de base comunitária, fortalecendo o cuidado regionalizado, articulando as equipes dos caps e da atenção primária à saúde com o hospital.

F) Desinstitucionalização

O eixo da desinstitucionalização visa um cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Os Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência de

hospitais psiquiátricos e de unidades de custódia (dois anos ou mais ininterruptos). No estado do RN as SRT estão distribuídas no território conforme tabela 32.

Tabela 32: Distribuição de Residências Terapêuticas no RN.

Região de Saúde	Município	Dispositivo	Nº de Moradores	Data de Ativação
4 Região	CAICÓ	SRT - CAICÓ	8	08/08/2008
7 Região	NATAL	RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA LESTE	7	18/05/2005
7 Região	NATAL	RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA SUL	9	19/05/2016
7 Região	NATAL	RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA OESTE	8	07/08/2009

Fonte: DATA-SUS - Consulta Novembro de 2019.

Embora o estado conte com 04 SRT (03 Natal e 01 em Caicó), ainda é um número reduzido, pois há pacientes moradores nos leitos dos hospitais psiquiátricos - João Machado, São Camilo de Lelis, Unidade de Custódia e leitos SUS do Hospital Severino Lopes. Existe uma SRT judicializada em Natal.

O Programa de Volta para Casa é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. No RN, o primeiro município a solicitar a referida habilitação foi Caicó em 2003. Em 2004, os seguintes municípios também se habilitaram no programa: Natal, Acari, Cruzeta, Currais Novos, Lagoa Nova e Ouro Branco. E em 2017 o município de Santa Cruz também solicitou essa habilitação.

Embora esses municípios tenham se credenciado, não temos pacientes no Programa. Apenas em Natal e Santa Cruz.

O Estado do Rio Grande do Norte possui um manicômio para as pessoas em conflito com a lei em função de possuírem um transtorno mental. Nesses casos são pessoas que o poder judiciário considerou inimputáveis e determinou o cumprimento de uma medida judicial substituta da pena propriamente dita. Essa medida penal se

chama Medida de Segurança e pode ser cumprida em regime fechado quando na modalidade detentiva e nessas circunstâncias tem a função de retirar a pessoa em questão do convívio social e para tratamento compulsório. Para as pessoas nessas condições o local de cumprimento deve ser a Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento do Rio Grande do Norte.

Essa unidade na prática funciona como um presídio e conta com um corpo multiprofissional da saúde que trabalha em regime de plantão (técnicos de enfermagem, enfermeiros, assistente social, psiquiatra, farmacêutico e psicólogo) e possui 44 internos distribuídos, salvo algumas exceções, em dupla por cela. Sendo essa sua lotação máxima.

Somente a partir da celebração de parceria entre UPCT e Coordenação Estadual da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas se começou a desenvolver um trabalho na perspectiva da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial. Então durante os anos de 2018/2019 foram desinternados da UPCT 16 pacientes. Para o alcance desses resultados todo um trabalho foi desenvolvido no decorrer dos respectivos anos. O que provocou mudança na forma de como ocorriam as desinternação, o modo de acompanhamento do cuidado e tratamento em meio aberto e, conseqüentemente, havendo reflexo sobre os índices de reincidência.

Diante do exposto é possível compreender o processo de desinstitucionalização como uma ação que vai decorrer ao longo de um tempo não exatamente determinado de cuidado e tratamento que se finda por se consolidar quando o sujeito constrói laços sociais e é reconhecido como sujeito de direitos perante a sociedade, adquirindo um lugar de cidadania no território e na comunidade em que vive, sendo capaz de manter um convívio social e de não mais responder em ato de conflito com a lei.

G) Reabilitação Psicossocial

É composta por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Embora tenha-se um número considerável dessas iniciativas no estado, pouco ou quase nada estabelece relação com a Rede de Atenção Psicossocial. Também não há incentivos previstos por parte do governo

federal para este eixo. É importante construir estratégias que visem trazer incentivos principalmente dentro da linha de cuidado para pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas.

Observa-se a expansão de um modelo de atenção em saúde mental baseado na comunidade, na conquista de direitos. A portaria 3588 trouxe de volta os leitos psiquiátricos em hospitais especializados. No RN o hospital público referência é o Hospital João Machado. Atualmente o Hospital João Machado conta com 130 leitos psiquiátricos subdivididos em enfermarias masculinas e femininas. Existe ainda o hospital municipal São Camilo de Lélis em Mossoró com 75 leitos e 160 leitos do SUS no Hospital Severino Lopes em Natal.

H) Epidemiologia

Segundo o Plano de Ação sobre Saúde Mental, 2014, a prevalência dos transtornos mentais e dos transtornos por uso de substâncias psicoativas é alta por todo o mundo, e estes contribuem significativamente para a morbidade, a incapacitação e a mortalidade prematura.

No Estado do Rio Grande do Norte, durante o ano de 2018, a atenção básica realizou um total de 2.739, sendo 1.568 atendimentos a pacientes com transtorno de álcool e outras drogas e 1.171 atendimentos a pacientes com transtorno mental. Devido o número de atendimentos ser baixo em comparação com a prevalência da OPAS, acredita-se que há uma subnotificação dos procedimentos cadastrados.

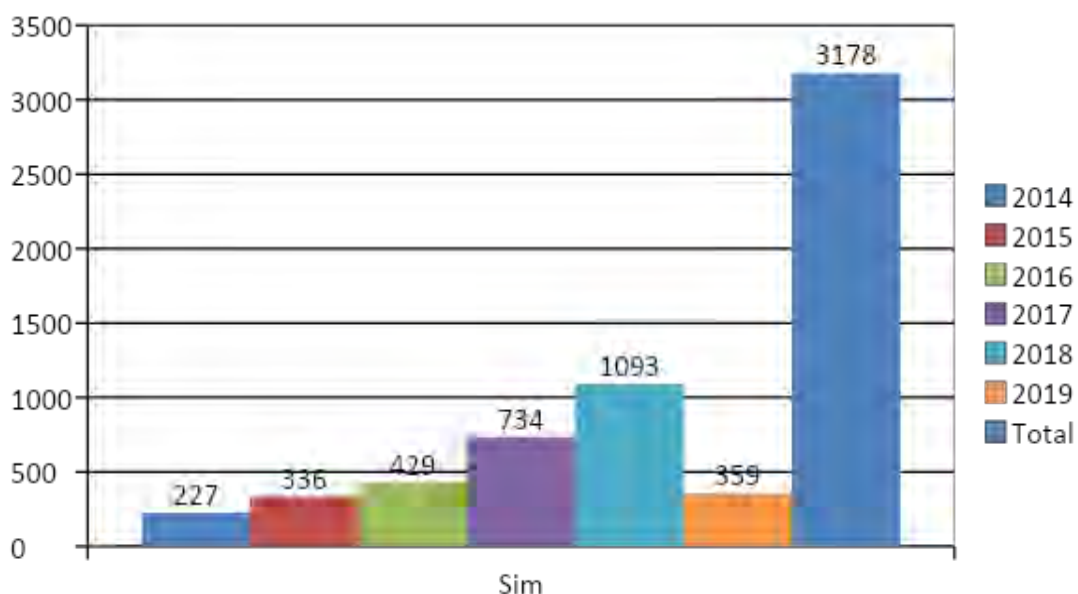
A assistência da atenção básica pode evitar agravos no campo da saúde mental, dentre esses o suicídio. O relatório de prevenção ao suicídio, elaborado pela OMS em 2014, reconhece o suicídio como uma prioridade na agenda global de saúde e incentiva os países a desenvolverem e reforçarem suas estratégias de prevenção com uma abordagem multissetorial. De acordo com dados apresentados no mesmo relatório da OMS, cerca de 75% dos suicídios ocorrem em países de baixa e média renda.

Então, para pensar em formas de promover a saúde e prevenir o adoecimento, deve-se entender que os determinantes da saúde mental e dos

transtornos mentais incluem não apenas características individuais, mas fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como políticas nacionais, proteção social, padrão de vida, condições de trabalho ou apoio social da comunidade.

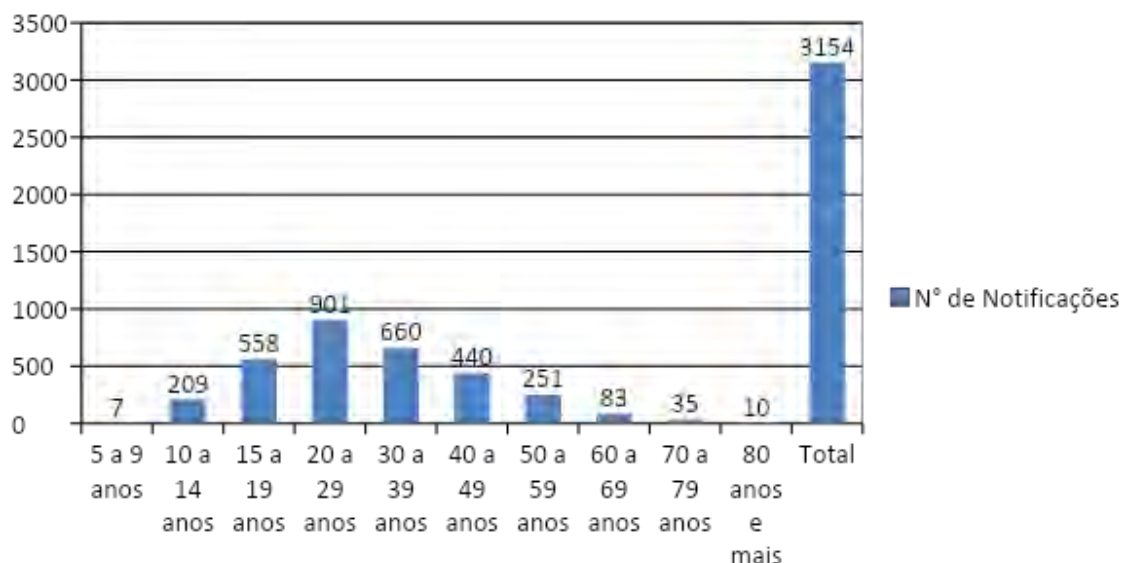
O estado do RN segue as estimativas do Brasil, conforme podemos observar no gráfico, que apresenta a série histórica do número de lesões autoprovocadas/tentativas de suicídio durante o ano de 2014 a março de 2019. Ressalta-se que desde 2017 um trabalho de sensibilização dos técnicos da assistência vem sendo desenvolvido para realizarem as notificações dos casos de violência nos serviços. Deve-se considerar esse viés para compreender o aumento do número dos casos registrados.

Gráfico 126 – Número de Notificações de Lesão Autoprovocada / Tentativa de suicídio na Série Histórica Janeiro de 2014 a Março de 2019 no Rio Grande do Norte.



Fonte: SESAP/ CPS/ SUVIGE/ NPVA/SINAN. * os dados de 2019 são contabilizados até o mês de março/1

Gráfico 127 – Número de Notificações de Lesão Autoprovocada /Tentativa de Suicídio por faixa etária entre 2014 a março 2019.



Fonte: SESAP/CPS/SUVIGE/NPVA/SINAN*Dados Sujeitos à alteração

O gráfico 127, apresenta número de tentativas de suicídio por faixa etária, durante os anos de 2014 a março de 2019 no RN. Nele, observa-se que o grupo com maior número de notificações de lesão autoprovocada/tentativa de suicídio é da faixa etária de 15 a 39 anos.

5.11.4.. REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS -RUE

O desenho de redes, sob a articulação da atenção primária fundamentam-se, assim, nos princípios de economia de escala, qualidade da atenção e acesso facilitado. Embora possamos tipificar os serviços em diferentes graus de complexidade, hierarquizando-os, não poderemos prescindir da estruturação da atenção básica, ordenadora do sistema, do apoio de recursos de diagnose e tratamento, no ponto e momento certo, dos sistema logísticos de tecnologia da informação, ajustado às necessidades dos serviços, transportes e registros de saúde adequados e de uma governança baseada nos conceitos atuais de sistemas complexos e administração por resultados.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem como objetivo a articulação e integração de todas as esferas de saúde, para qualificar e garantir o

acesso integral e humanizado aos usuários em condições de urgência/emergência nos serviços de saúde de maneira rápida e apropriada.

A Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011 aponta os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se configura pelos componentes de promoção, prevenção, vigilância em saúde e atenção básica (atendimento de pequenas urgências), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), os serviços de média e alta complexidade dos Hospitais da Rede Hospitalar e Atenção Domiciliar.

O processo de organização da Rede de Atenção às Urgências no Estado do Rio Grande do Norte foi elaborado conforme as orientações da Portaria MS/GM 1.600, de 07 de julho de 2011 e construído a partir do diagnóstico situacional de saúde e fluxo assistencial percorrido pelo paciente desde a atenção primária até a alta complexidade hospitalar, responsabilizando cada componente da atenção a uma determinada parcela da demanda, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

A SESAP/RN estabelece uma classificação das unidades hospitalares estaduais a partir de níveis, considerando a resposta para a rede em relação às referências para as macrorregiões estaduais (Macrorregião Natal e Macrorregião Mossoró), densidade tecnológica das unidades e capacidade resolutiva para as linhas de cuidados preconizadas pelas redes de atenção à saúde. Os serviços de cirurgias de emergências e ortopédicas, UTI, serviços críticos e leitos de retaguarda mais especializados serão de responsabilidade gerencial da SESAP;

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, conforme quadro 15.

Quadro 15 – Municípios que compõe a Rede de Urgências e Emergência da Região Metropolitana Ampliada de Natal.

MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A REDE METROPOLITANA AMPLIADA DE NATAL	
7ª Região	Extremoz
	Macaíba
	São Gonçalo do Amarante
	Parnamirim
	Natal
1ª Região	São José de Mipibu
	Canguaretama
	Goianinha
	Monte Alegre
	Nísia Floresta
	Nova Cruz
	Santo Antônio
3ª Região	Lajes
	Ceará-Mirim
	João Câmara
	Touros

Fonte: Parecer da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/Departamento de Atenção Especializada/SAS/MS (2019).

Sendo que nesta Região (7ª região de saúde) se localizam os maiores complexos hospitalares do Estado e que na sua maioria, são unidades próprias do Estado sob gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Já a visualização territorial da RUE na Região Oeste Ampliada (ROA) compreende três regiões de saúde e sua abrangência pode ser efetivada por meio do mapa apresentado a seguir, destacando-se que a configuração da ROA propicia a ampliação da conectividade entre as regiões de saúde. Apesar de alguns municípios que compõem a ROA não serem contíguos, existe a ligação por meio do acesso viário.

Figura 29 – Mapa da Região Oeste Ampliada – ROA.



Fonte: SESAP, 2020.

A) Regulação do acesso às urgências (obstétricas) no Estado do RN.

A Central de Regulação do Acesso às Urgências (CRAU) é o setor responsável pela regulação do acesso aos serviços de saúde que possuem portas de urgências, seja municipal, estadual ou federal e também para o atendimento pré-hospitalar. Com a criação da Central do Acesso às Portas Hospitalares junto ao SAMU, compondo a CRAU, espera-se que, principalmente, o direcionamento os usuários do SUS junto às portas de entrada das unidades hospitalares de referência seja mais adequado, respeitando o perfil hospitalar.

Após o início das atividades da Central de Regulação do Acesso às Urgências que tem como foco inicial a regulação das urgências obstétricas, a CAPH já realizou em 4.719 atendimentos de gestantes das 5 Regiões de Saúde que são pactuadas, no Estado do Rio Grande do Norte.

Essa Central de Acesso às Portas Hospitalares visa o direcionamento os usuários do SUS, principalmente os usuários transportados pelas ambulâncias tipo A

("brancas") junto às portas de entrada das unidades hospitalares de referência seja mais adequado, respeitando o perfil hospitalar estabelecido.

A Central de Regulação do Acesso às Urgências é responsável pela execução dos fluxos assistenciais de acordo com as necessidades do paciente e respeitando a missão, a visão e a capacidade instalada da unidade. As Centrais Regionais de Regulação regularam consultas e exames de média e alta complexidade, internações hospitalares de acordo com as linhas de cuidados e inserção dos leitos do SUS na rede de serviços.

O Estado do RN vem concentrando seus esforços na reorganização da rede, com isto, identificou-se a necessidade da repactuação na lógica de regionalização, cujo novos Planos de Ação Regionais estão em fase de construção.

B) Componente Hospitalar

A SESAP vem atuando na redefinição dos perfis de atuação dos serviços hospitalares estaduais e unidades de referência, além de estabelecer os pontos de atenção regionais para atendimento as urgências de saúde mental, clínicas, cirúrgicas e para obstetrícia nas regiões de saúde, com o intuito de superar vazios assistenciais, otimizar recursos e qualificar assistência com ênfase na regionalização, descentralização de serviços, levando em as necessidades de saúde e o cenário epidemiológico de cada região de saúde, conforme já descrito em momento anterior nesse plano.

C) Unidades de Pronto Atendimento- UPA

Em relação as UPAS, observa-se que o Rio Grande do Norte possui doze (12) UPAs 24 horas qualificadas, recebendo custeio do MS. Os demais municípios não possuem estrutura pré-hospitalar fixa como UPA. Destaca-se que há quatro (4) UPAS nos municípios de Macau, Pau dos Ferros, Caicó e Lajes que estão em readequação, para mudança de objeto. Outros Municípios possuem serviço de porta de urgência que funcionam de forma básica ou insipiente, sem resolutividade adequada, por questões de ausência de RX, equipamentos essenciais, equipe adequada e outras questões.

5.11.5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC)

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.

Em fevereiro de 2013, foi publicada a Portaria GM/MS nº 252, que institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), revogada pela Portaria GM/MS nº 483, de 1 de abril de 2014, que apenas a atualizou. A partir destas portarias, foram publicadas as Portarias GM/MS nº 424 e nº 425, ambas de 19 de março de 2013.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a qual é desenhada a partir de linhas prioritárias, contempla quatro linhas de cuidado, sendo dividida nos eixos da oncologia, obesidade, respiratória e renocardiovascular.

A) Linha de Cuidado ao Paciente Oncológico

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral (BRASIL, 2011). As DCNTs juntas representaram mais de 41 milhões de mortes no Brasil, mais de 73% no ano de 2017, sendo que destas, 17,3% tem como causa as neoplasias.(WHO, 2018).

Neoplasia ou câncer é o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo avançar para outras regiões do corpo (metástase). (INCA 2016). Os fatores de risco associados ao câncer podem ser genéticos ou ambientais e determinam a probabilidade maior de um indivíduo

desenvolver uma determinada doença. Os fatores genéticos estão mais relacionados ao surgimento de tumores na infância, enquanto os ambientais parecem mais determinantes nas neoplasias no adulto (INCA,2018).

Dois indicadores caracterizam o câncer como um problema de saúde pública no país. Primeiro, o aumento gradativo da incidência e da mortalidade por câncer, proporcionalmente ao crescimento demográfico e ao desenvolvimento socioeconômico. Segundo, o desafio que isto representa para o sistema de saúde, principalmente na garantia do acesso da população ao diagnóstico e ao tratamento em tempo oportuno.(SANTOS, MELO e SANTOS, 2012).

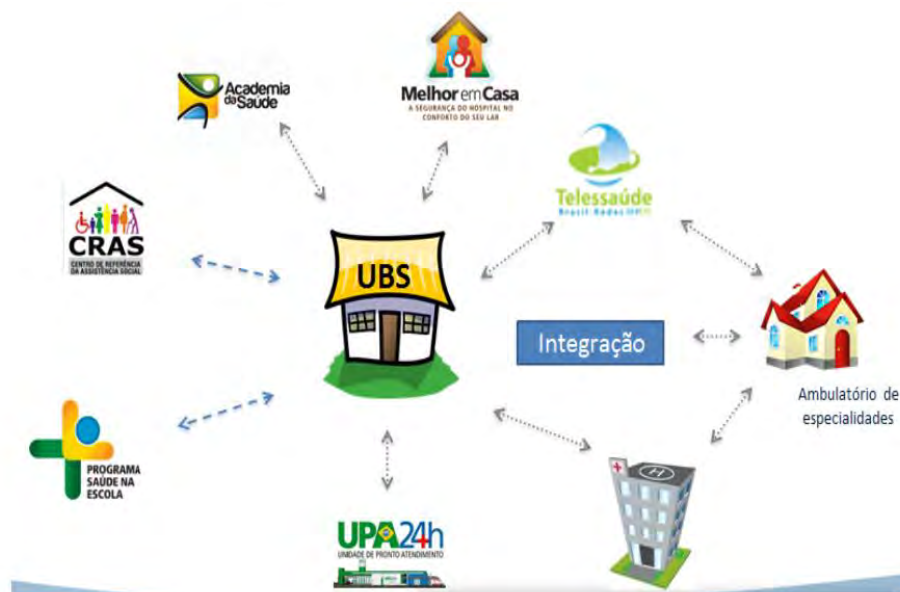
Considerando a premissa da atenção à saúde de forma integral, a organização da Linha de Cuidado do paciente oncológico envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, englobando diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis.

Para que a integralidade ocorra torna-se necessário que o acesso desse paciente aos serviços que fazem parte dos diversos componentes seja viabilizado precocemente, 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.

Salientamos que todas as informações inerentes a linha de cuidado da oncologia (fluxogramas de acesso, pontos de atenção, são descritas no Plano Estadual de Atenção oncológica disponibilizado no site www.saude.rn.gov.br abrindo o link gestão e planejamento – Plano estadual de oncologia 2017.

O referido Plano encontra se em processo de atualização. cujo o objetivo principal é nortear os municípios no desenvolvimento das ações de prevenção e controle do câncer no RN, levando-se em consideração a regionalização e a descentralização dos serviços, bem como a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para que possam embasar a construção de seus planos regionais e/ou municipais dependendo da análise situacional dos mesmos.

Figura 30 - Integração entre os diversos serviços de atendimento ao usuário.



Fonte: SUS/MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL.

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 estão construindo dois Centros de Diagnóstico de Câncer de Mama e Útero, nos seguintes municípios: João Câmara da 3ª RS e São Paulo do Potengi da 5ª RS.

Em 2017, no Rio Grande do Norte, as principais causas de óbitos por câncer foram às neoplasias malignas da traqueia-brônquios-pulmões (12,26%), próstata (8,53%), colón-retó-ânus (7,73%), mama feminina (7,53%) e estômago (6,97%) no total dos óbitos por neoplasia (3.401). A avaliação por sexo mostra a predominância, no sexo feminino do óbito por câncer de mama (14,97%), traqueia-brônquios-pulmões (11,53%), colón-retó-ânus (7,61%) e colo do útero (5,88%) no total dos óbitos femininos por neoplasia (1.683). No sexo masculino predominam os óbitos por câncer de próstata (18,38%), traqueia-brônquios-pulmões (12,98%), estômago

(8,56%) e colón-retó-ânus (7,86%) no total de óbitos masculinos por neoplasias (1.718).

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 Radioterapia e 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.

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

As habilitações dos serviços de oncologia foram aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no dia 08/02/2017, através da Deliberação CIB Nº 1.365/2017, como também o Plano Estadual de Atenção Oncológica do RN através da Deliberação CIB Nº 1.364.

A Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP-RN, desenvolve ações importantes nas áreas de Epidemiologia, Vigilância e Informação do Câncer com vistas à orientação e análise das ações de prevenção e controle, tendo como base os dados provenientes dos Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP e Registro Hospitalar de Câncer – RHC em parceria com o Sistema de Mortalidade –

SIM e Fontes Notificadoras de Câncer, cuja capacidade de análise epidemiológica das informações sobre a incidência e mortalidade por câncer é permanente. Desenvolve ações de prevenção e controle do câncer em especial o controle do câncer do colo do útero e da mama de forma mais efetiva.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) ressalta que a detecção precoce do câncer é baseada na observação de que o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos. Ressalta ainda, que para um efetivo controle do câncer são necessárias ações complementares a fim de garantir uma atenção integral aos pacientes em todos os níveis, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento até os cuidados paliativos. O desafio da política de assistência oncológica no Estado contempla a organização da rede de serviços de forma transversal, priorizando as linhas de cuidado que garanta as ações realizadas nas unidades básicas de saúde pela estratégia saúde da família, centros de diagnósticos, unidades e centros de assistência em alta complexidade, permitindo a integralidade do prevenir, tratar, cuidar, incluindo os cuidados paliativos e a manutenção prolongada.

B) Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso 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).

A implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LC) foi iniciada no ano de 2014 em um projeto conjunto do Serviço de Cirurgia da Obesidade e Doenças Relacionadas (SCODE) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) e da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP). O foco central do trabalho era criar um modelo de atendimento integrado, contemplando prevenção e tratamento da obesidade, centrado na Unidade Básica

de Saúde (UBS), de forma a retirar o protagonismo do tratamento do HUOL, que até então era a “porta de entrada”.

O projeto foi construído ao longo de inúmeras reuniões, encontros, capacitações e atividades conjuntas de técnicos de saúde do HUOL e da SESAP ao longo dos anos de 2014, 2015 e 2016. O marco da implantação da LC pode ser colocado em junho de 2016, quando o HUOL deixou de oferecer consultas em cirurgia da obesidade que não estivessem dentro dos parâmetros estabelecidos no funcionamento da LC. Tal fato foi fundamental, pois passamos a avaliar os casos em conjunto com a rede muito antes de se pensar em tratamento cirúrgico da obesidade. Isso é feito através de plataforma de telessaúde - um ambiente virtual desenvolvido pela Secretaria de Ensino à Distância da UFRN (SEDIS), onde temos um fórum de discussão acerca dos casos em acompanhamento na rede e que pela avaliação da equipe local tem maior gravidade. Ao longo da construção da LC, identificou-se a necessidade de um sistema de priorização, sendo utilizado o **EOSS-Edmonton Obesity Score System**, elaborado no sistema de saúde canadense, e referenciado pela **IFSO - International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders** como modelo de priorização de pacientes obesos, independente da indicação de cirurgia ou não.

Atualmente, o fluxo do paciente na LC funciona da seguinte forma: o paciente é captado (ou por busca ativa ou em virtude de algum atendimento da obesidade ou por outro motivo qualquer) no ponto de contato definido pela equipe local (geralmente a UBS, sendo a porta de entrada do sistema). Em seguida, é feita a classificação de risco (**EOSS**). De acordo com esta, o paciente permanece em atividades de prevenção e promoção da saúde ou é compartilhado com a rede especializada, mantendo o contato com a UBS. Na rede especializada já iniciam-se os atendimentos individuais, exames e intervenções com o objetivo de controle do peso, das comorbidades associadas com ênfase na redução do risco cardiovascular e melhora da qualidade de vida. Usuários com classificação mais alta no **EOSS** ou que não apresentem melhora significativa ao longo do acompanhamento longitudinal são então discutidos na plataforma de telessaúde com a equipe hospitalar, e, se for o caso, procede-se a regulação por meio do SISREG para consulta de triagem. Neste caso, o usuário em uma única visita ao SCODE é avaliado pela equipe cirúrgica, psicologia e fonoaudiologia, momento em que busca-se alguma contra-

indicação ao tratamento cirúrgico. Não havendo, o usuário então é inserido em grupo de preparo, onde soma-se o acompanhamento da nutrição, endocrinologia, do educador físico e de outros profissionais que possam ser necessários em casos mais isolados (psiquiatria, endocrinologia, pediátrica para pacientes entre 16-18 anos, pneumologia, cardiologia, entre outros). Após o usuário estar suficientemente informado acerca do procedimento cirúrgico, a operação é então realizada. Após esta, a equipe condutora da LC no município é avisada por meios telemáticos e seguimos em acompanhamento compartilhado no período de pós operatório.

A Linha de cuidado do sobrepeso e obesidade já é uma realidade no Rio Grande do Norte, no entanto ainda não está acessível para todos os usuários do SUS em virtude da dificuldade de grande parte dos municípios em realizar ações de planejamento e promoção da saúde. Por outro lado, o grupo condutor preconiza que as ações básicas sejam implantadas para que o município passe então a fazer parte da rede assistencial da LC de forma adequada.

Atualmente as Regiões de Saúde que possuem pactuação na CIR e CIB sobre a LC Obesidade são 1ª, 2ª, 4ª, 5ª (12 municípios), 7ª e 8ª região de saúde. Alguns municípios que fazem parte das regiões de saúde não pactuada estão desenvolvendo de forma isolada o trabalho da Linha de cuidado. A perspectiva é que em breve todos os municípios do RN realizem adesão a Linha de Cuidado.

5.11.6. Serviço de Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar é a modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de tratamento de doenças, reabilitação, palição, prevenção de agravos e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade dos cuidados. É componente da Rede de Urgência e Emergência – RUE, sendo parte integrante das Redes de Atenção à Saúde – RAS.

O Serviço de Atenção Domiciliar operacionaliza a atenção domiciliar sendo um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), direcionada para a promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças, reabilitação e palição, de

forma humanizada e acolhedora, reduzindo a demanda por internação hospitalar. O Serviço é organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida.

Inicialmente foi implantado em setembro de 2005 por decisão da SESAP/RN, como PID – Programa de Internação Domiciliar, regulamentado pela Portaria 2.529-MS que instituiu a internação domiciliar no âmbito do SUS, com a finalidade de atender, prioritariamente, a demanda dos hospitais públicos sob a responsabilidade estadual nos municípios de Natal e Parnamirim.

Atualmente como SAD - Serviço de Atenção Domiciliar é normatizado pela Portaria Ministerial nº 825/2016-MS e Portaria Estadual nº 171/2017-GS/SESAP.

As equipes apresentam 02 modalidades de composição: EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio. A dinâmica operacional do SAD objetiva a organização do processo de trabalho dessas equipes multiprofissionais, sendo cada EMAD responsável pelo acompanhamento simultâneo de 60 pacientes em média e cada EMAP 120 pacientes em média.

O SAD está presente em 04 hospitais estaduais, nas cidades de Natal e Parnamirim, conforme quadro 16:

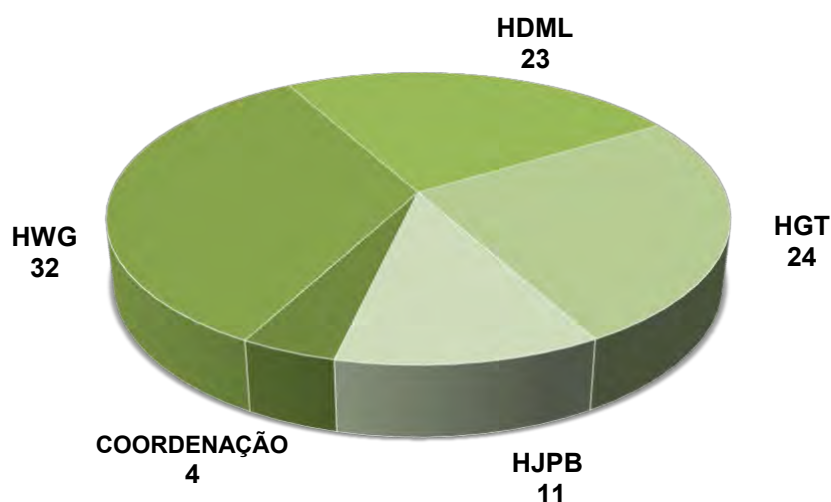
Quadro 16 – Distribuição do SAD por Unidades Hospitalares

Natal e Região Metropolitana		EMAD	EMAP
Natal	HWG - Hospital Walfredo Gurgel	02	01
	HGT - Hospital Giselda Trigueiro	02	01
	HJPB - Hospital José Pedro Bezerra (Santa Catarina)	01	01
Parnamirim	HDML - Hospital Deoclécio Marques de Lucena	02	01

Fonte: SESAP, 2020.

Atualmente o SAD conta com 94 servidores efetivos do quadro da SESAP, conforme demonstrado no Gráfico 128.

Gráfico 128 – Quadro de servidores efetivos lotados no Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).



Fonte: CRH, 2020.

O SAD tem uma capacidade instalada de 420 leitos domiciliares, com ocupação média de 290 pacientes no semestre 2020.1, decorrendo uma taxa de ocupação de 70%. Esta por sua vez apresentou discreta variação para menos, podendo-se atribuir ao fato de que algumas equipes não estão consistidas integralmente, ocorrendo lacunas importantes nas EMADs como médico, assistente social e fisioterapeuta. Ainda no 1º quadrimestre ocorreram afastamentos consideravelmente longos, tais como licenças prêmio e para tratamento de saúde.

Com a implantação do sistema informatizados, vem sendo possível consolidar os dados para análise e emissão de relatórios de forma mais consistente. Desse modo o Sistema SX torna possível a efetiva integração das unidades do SAD, onde é possível coletar os dados, organizar, analisar, compartilhar e monitorar os resultados, além da participação ativa dos profissionais das equipes multidisciplinares no processo de alimentação do sistema. Contamos, ainda, com a ferramenta de gestão BI - *Business Intelligence* que disponibiliza o painel de indicadores de

desempenho. A ferramenta está sendo utilizada nas áreas de *Suprimentos e Admissão de Pacientes*, sendo que a implementação do módulo de *Evolução Multidisciplinar de Pacientes (prontuário)* se encontra em andamento. Essa metodologia veio promover a compreensão da gestão de indicadores de desempenho proposta pelo Programa Melhor em Casa/MS.

Através do incremento de conteúdo da rede social @sadsesaprn, foi possível constatar maior alcance e visibilidade das ações do Serviço, facilitando a interação com os profissionais das equipes junto à coordenação estadual.

5.11.7 Regulação da Assistência à Saúde

Em consonância com “A Política Nacional de Regulação [...] se estrutura em eixos fundamentais: fazer dos contratos pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da Atenção à Saúde; implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores e capacitar os quadros estratégicos gerenciais do SUS” este Complexo Estadual de Regulação (CER) “Divaneide Ferreira de Souza” foi instituído por meio de decreto Estadual nº 24.780 de 06 de novembro de 2014.

São componentes do Complexo Estadual de Regulação: a Central Metropolitana de Regulação – CMR/SESAP/SMS Natal que é gerida por cogestão da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - SESAP e da Secretaria Municipal de Saúde de Natal- SMS; o Complexo Estadual de Regulação de Alta Complexidade - CERAC e Tratamento Fora de Domicílio (TFD); pela Central Estadual de Transplantes / RN (CET); Central Regional de Regulação do Seridó – CRRS; Serviço Móvel de Atendimento às Urgências – SAMU 192 RN e pela Central de Acesso Pré Hospitalar (CAPH) desde 2019.

Entende-se que há necessidade de se criar uma área técnica no âmbito da SESAP em formato de Coordenadoria de Regulação, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde de com as seguintes competências:

1. Coordenar a Política Estadual de Regulação no SUS do RN;
2. Monitorar indicadores de acesso à assistência em Saúde no RN;

3. *Integrar o gerenciamento das áreas de Contratualização, processamento, regulação, controle e avaliação dos Serviços de Saúde no RN e a área técnica assistencial;*
4. *Promover a articulação junto a coordenação do Serviço de atendimento Móvel de Urgência e Emergência no RN;*
5. *Implementar e fortalecer os fluxos para transplantes de órgão e tecidos.*
6. *Garantir acesso dos cidadãos aos serviços de saúde qualificado, através do Complexo Regulador Estadual, envolvendo saberes, tecnologias e ações destinadas a responder as demandas dos usuários;*
7. *Monitorar o cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES;*
8. *Acompanhar e monitorar o cadastro de usuários do SUS, no sistema do Cartão Nacional de Saúde – CNS;*
9. *Fortalecer a capacidade de gestão do SUS com diretrizes e estratégias de forma a nortear o processo de regulação da assistência no Estado do Rio Grande do Norte;*
10. *Contribuir com o processo de ajuda de custo e aquisição de passagens de pacientes que realizam tratamento fora de domicílio;*
11. *Participar no acolhimento, avaliação e cadastro no CNRAC;*
12. *Articular-se com equipes regionais para estabelecer e formular proposições, protocolos, critérios e normas relativos à regulamentação das ações de regulação, controle e avaliação, serviços e sistemas de saúde no âmbito municipal, estabelecendo padrões, parâmetros e métodos para a garantia da qualidade e avaliação das ações e serviços inerentes à atividade de competência da Secretaria Estadual de Saúde;*
13. *Propor diretrizes estratégicas que nortearão o desenvolvimento da rede assistencial, em consonância com o Plano de Governo e com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.*

A ação regulatória do Sistema Único de Saúde no estado do Rio Grande do Norte - RN deve estar em consonância com o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02 de 28 de setembro de 2017 que ressalta as três dimensões e dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º).

*I - **Regulação de Sistemas de Saúde:** tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações*

de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, I);

*II - **Regulação da Atenção à Saúde:** exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, II);*

*III - **Regulação do Acesso à Assistência:** também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, III). (grifo nosso, Brasil, GM/MS, 2017).*

Desse modo, neste Plano Estadual de Saúde 2020-2023 observa-se a necessidade de implantação de Coordenadoria de Regulação, Controle e Avaliação dos serviços de Saúde que envolva: Sistemas de Informações e Faturamento Ambulatorial e Hospitalar; Subcoordenadoria de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde; Regulação de acesso à Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar; Contratualização; Transplantes e Complexos Reguladores Regionais – Centrais de regulação com participação do Estado na Gestão.

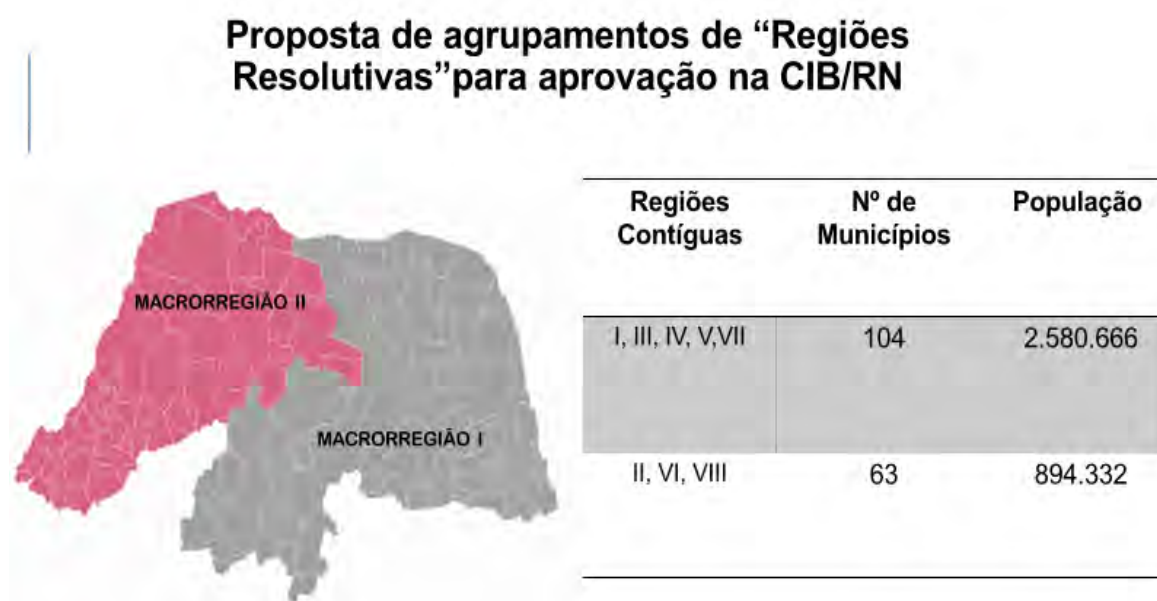
O Complexo Regulador, por meio das Centrais de Regulação, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa, classifica o risco, prioriza e realiza o agendamento, favorecendo o acesso às Unidades de Saúde executantes, de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde.

A implantação das centrais de regulação deve considerar a realidade do território quanto à composição da Rede de atenção à saúde(RAS), contudo todos os

municípios devem organizar ações de regulação a partir da atenção básica, para qualificar a demanda, avaliar as necessidades e os processos de referência e contrarreferência.

Assim, propõe-se 03 (três) Centrais Regionais de Regulação mesmo com duas macrorregiões no RN: e uma microrregião de saúde.

Figura 31 – Agrupamentos de “Regiões Resolutivas” – Macro I e II.



Fonte: Produto da Oficina do Planejamento Estratégico – Projeto PASES (2019)

Portanto municípios executantes: Natal, Mossoró e Caicó:

1. Central Metropolitana de Regulação – Sede Natal

Abrangência Macrorregional: 79 municípios (I, III, V e VII Região de Saúde)

CNES: 6615902

Porte: IV

Subáreas: Central de Internação Hospitalar (Leitos) - Central Ambulatorial de consultas e Exames de Média e de Alta Complexidade sob gestão da SMS Natal . - Central Ambulatorial de Alta Complexidade sob gestão Estadual

2. Central Regional de Regulação do Seridó – Sede Caicó.

Abrangência Microrregional: 25 municípios (IV Região de Saúde)

Subáreas: Central de Internação Hospitalar (Leitos) - Central Ambulatorial de consultas e Exames de Média Complexidade sob gestão da SMS Caicó.

3. Central Regional de Regulação do Oeste – Sede Mossoró

Abrangência Macrorregional: 75 municípios (II, VI e VIII regiões de Saúde).

Subáreas: Central de Internação Hospitalar (Leitos) - Central Ambulatorial de consultas e Exames de Média Complexidade sob gestão da SMS Mossoró

Estando estas operacionalizando o processo regulatório conforme serviços realizados pelos municípios pólo em articulação via sistema de regulação junto as centrais municipais de regulação obedecendo as pactuações ambulatoriais e hospitalares.

Os complexos reguladores são estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º)

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, I).

II - Complexo Regulador Regional: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II).

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II, a).

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II, b).

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, III).

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º).

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, I).

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, II).

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, III).

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 2º).

§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs>. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 3º). (grifo nosso, Brasil, GM/MS, 2017).

A SESAP opta pelo fortalecimento de complexos reguladores regionalizados para: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º).

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, I)

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, II)

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, III)

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IV)

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, V)

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VI)

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VII)

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VIII)

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IX)

X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, X)

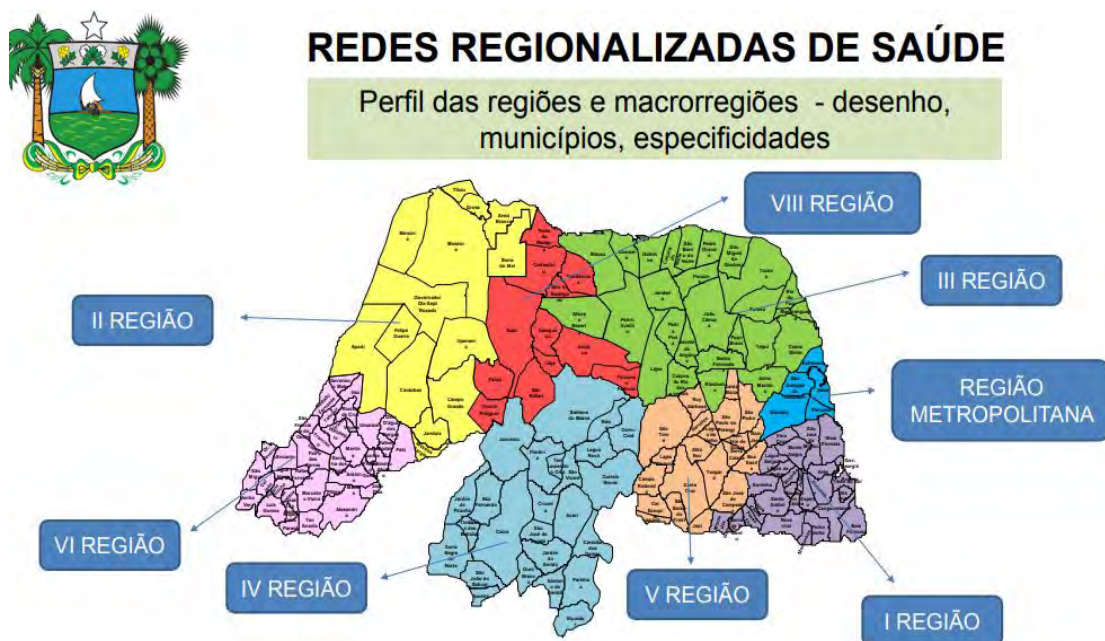
XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XI)

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XII). (grifo nosso, Brasil, GM/MS, 2017).

Ressalta-se que o objetivo estratégico de estruturar a contratualização, regulação e auditoria dos serviços de saúde obedecendo aos princípios da

equidade, intersectorialidade e acesso regional investindo em parceria para elaboração de sistema próprio, com tecnologia que possibilite a integração das ações de avaliação, controle, regulação e auditoria como ferramenta de gestão do SUS na SESAP – RN regionalizado.

Figura 32. Redes Regionalizadas de Saúde



Fonte: Produto da Oficina do Planejamento Estratégico – Projeto PASES (2019)

Portanto, de acordo como as forças, fortalezas, fraquezas e ameaças que foram pensadas e analisadas no Planejamento Estratégico para a SESAP nos próximos anos é que se justifica normatizar, padronizar e qualificar o processo regulatório de acordo com as obrigações estabelecida na Política de Saúde de acordo com o Decreto 7508/2011 e Lei Complementar 141/2012 para fins de melhorias na gestão com vistas ao atendimento às necessidades da população que ainda requer muitos serviços ambulatoriais e hospitalares para recuperação da sua saúde com integralidade do cuidado observando níveis de assistência e de complexidade.

5.11.8 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192 RN)

Considerando o Título II - Do componente do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) - da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde e considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º)

***I - SAMU 192:** componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, I)*

***II - Central de Regulação das Urgências:** estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, II)*

***III - Base Descentralizada:** infraestrutura que garante tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, III)*

***IV - incentivo:** modalidade de repasse de recurso financeiro a ser utilizado tanto para investimento, quanto para custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, IV)*

***V - investimento:** modalidade de repasse de recurso financeiro para construção, compra de unidades móveis, aquisição de equipamentos permanentes de saúde, de tecnologia de informação e mobiliário; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, V)*

***VI - custeio:** modalidade de repasse de recurso financeiro para capacitação e educação permanente, manutenção das equipes efetivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VI)*

***VII - habilitação:** processo pelo qual o SAMU 192 e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VII)*

***VIII - qualificação:** processo pelo qual o componente SAMU 192 regional já habilitado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos neste Capítulo, passando a fazer jus a novos valores de custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VIII)*

IX - Indicadores do SAMU 192: situações utilizadas pelo Ministério da Saúde para avaliação do funcionamento do SAMU 192 no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, IX). (grifo nosso, Brasil, GM/MS, 2017) [...].

Desta forma, o Sistema Estadual de Urgência e Emergência no RN deve ser implementado dentro de uma estratégia de “Promoção da Qualidade de Vida” como forma de enfrentamento das causas das urgências. Deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando uma mudança de perspectiva assistencial numa visão integral e integrada, com uma abordagem totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades contribuindo para a educação para a saúde e a prevenção de agravos e doença e reabilitação. (PT 2048 de 05 de novembro de 2002).

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Chama-se de atendimento pré- hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão. ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Assim, o Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região.

Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pelos usuários do SUS. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada,

disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional.

5.11.9. Central de Regulação do Acesso às Portas Hospitalares - CAPH

A Central do acesso às portas de urgências das unidades hospitalares de referência foi idealizada pela Portaria Estadual nº. 413/2014 GS/SESAP, a tem como papel fundamental ordenar o fluxo a ser seguido pelas ambulâncias que não são as do SAMU.

Tem como objetivo regular o acesso dos usuários considerando-se a origem da condição do paciente, se eletiva ou de urgência, sendo importante mecanismo para a garantia da equidade no acesso aos serviços especializados, do fluxo dos pacientes para os níveis mais complexos, reorganizando a oferta de serviços, buscando assim, a melhor alternativa assistencial na execução das seguintes atribuições:

- 1. Garantir a interface entre os hospitais, interagindo, quando necessário, com a equipe assistencial das unidades hospitalares, assegurando o fluxo contínuo das informações de acesso e das internações conforme a pactuação estabelecida e a resolução de situações não previstas;*
- 2. Monitorar diariamente os cenários dos serviços de urgência seja dos pronto atendimentos municipais, ou dos hospitais de referência de Natal repassados pelos NIR ou pelo próprio corpo técnico do pronto socorro ou pronto atendimento;*
- 3. Participar da construção e avaliação contínua dos protocolos assistenciais da regulação e dos fluxos assistenciais de acordo com o perfil do hospital;*
- 4. Fornecer subsídios aos hospitais quando for ser realizado um referenciamento que necessite de maiores informações e de cuidados intensivos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência do paciente, para que a porta de entrada da unidade hospitalar se organize para oferecer uma melhor assistência;*
- 5. Construir um relatório mensalmente sobre o número de pacientes regulados e referenciados e sobre a de movimentação de leitos e correlatos existentes na rede;*
- 6. Sensibilizar os municípios e demais pontos de atenção da rede estadual sobre a "Cultura da Regulação" no âmbito do SUS, considerando que os serviços hospitalares de referência regionalmente no estado do RN.*

O atendimento pré- hospitalar móvel secundário é quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Neste contexto, o TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado e tem como principais finalidades:

a - A transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem;

b - A transferência de pacientes de centros de referência de maior complexidade para unidades de menor complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, seja em seus municípios de residência ou não, para conclusão do tratamento, sempre que a condição clínica do paciente e a estrutura da unidade de menor complexidade assim o permitirem, com o objetivo de agilizar a utilização dos recursos especializados na assistência aos pacientes mais graves e/ou complexos.

O TRANSPORTE SANITÁRIO eletivo é aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme necessidades a partir das diretrizes na Resolução nº. 13, de 23 de fevereiro de 2017 (CONASS) para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS na área de cardiologia, oncologia, ortopedia, neurologia, cirurgia epilética, entre outras especialidades médicas inter e intra estadual.

5.11.10. Central Estadual de Transplantes (CET – RN)

A Central Estadual de Transplantes (CET – RN) foi criada pelo Decreto nº 15.130, de 09 de outubro de 2000, definindo a CET/RN como parte integrante da estrutura administrativa da Secretaria de Estado da Saúde e tem por finalidade coordenar a Política Estadual de Transplantes no âmbito estadual. Dentre as suas competências, a principal consiste em atender a população norte-rio-grandense no que diz respeito à doação, captação, distribuição e transplante de órgãos e tecidos humanos.

A CET/RN conta em sua estrutura, atualmente, com uma coordenadora, uma subcoordenadora e com profissionais de saúde que incluem médicos, enfermeiras, assistente social, bioquímica e técnicos que trabalham em regime de plantão, com funcionamento de 24 horas, distribuídos nos seguintes setores: Central de Transplantes, Banco de Olhos e Organização de Procura de órgãos.

O transplante tem o objetivo de salvar vidas. É a tão esperada resposta para milhares de pessoas com insuficiências orgânicas terminais ou cronicamente incapacitantes. Nesse sentido, a Central de Transplantes do RN tem como Missão: “Garantir a todos que necessitem de transplante, a distribuição de órgãos e tecidos, com base nos princípios da ética, acessibilidade, igualdade e cidadania” e Objetivos prioritários:

1. *Garantir que os órgãos e tecidos retirados sejam distribuídos aos pacientes receptores, segundo critérios médicos e princípios de justiça;*
2. *Desenvolver esforços para que todo paciente receba o transplante que necessita;*
3. *Exercer a vigilância para que os transplantes sejam realizados com toda segurança possível.*

Segundo a **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**, que dispõe sobre as normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde, em seu artigo 6º, “As Coordenações Estaduais do Sistema Nacional de Transplante (SNT) serão exercidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, ou órgãos equivalentes, por intermédio das respectivas Coordenações Estaduais ou Distrital de Transplantes”.

Destaca-se que são integrantes do Sistema Estadual de Transplantes:

Central Estadual de Transplantes-CET – Coordena todo o processo de transplantes no Estado; exerce controle e fiscalização sobre as atividades relacionadas ao processo doação/transplante; desenvolve atividades de sensibilização da população para a doação de órgãos/tecidos; gerencia o cadastro de potenciais receptores; recebe as notificações de óbitos (morte encefálica e coração parado); promove a organização logística e distribuição dos órgãos e/ou tecidos removidos na sua área de atuação; determina as diretrizes nas diversas etapas do processo de doação de órgãos e tecidos, estabelecendo diretrizes de funcionamento, mapeando a necessidade de novas organizações de busca e centros transplantadores; e participa ativamente da formação, capacitação, habilitação e educação permanente dos profissionais dos estabelecimentos de saúde do RN.

Organização de Procura de Órgãos - OPO - identificam e viabilizam o potencial doador em todos os hospitais (públicos e privados) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do Estado; viabilizam a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM); disponibilizam o doador para a Equipe Médica de Transplantes; coordenam a retirada dos órgãos indicados para transplante; capacitam multiplicadores sobre acolhimento familiar, morte encefálica e manutenção de doadores e demais aspectos do processo de doação/transplantes; promovem e organizam ambientes e rotinas para o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito dos hospitais.

Banco de Olhos – Capta os tecidos oculares doados e reconstitui o doador; recebe tecidos oculares obtidos por outras equipes de captação autorizadas; avalia, preserva e armazena os tecidos oculares humanos.

Equipes Médicas de Transplantes – cadastram receptores potenciais e realizam captação e transplante.

5.11.11. Central Nacional de Alta Complexidade

A Central Nacional de Alta Complexidade – CNRAC foi instituída pela Portaria GM/SAS nº 2309 de 19 de dezembro de 2001, com o objetivo de coordenar o fluxo de referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade, em caráter eletivo.

O CNRAC tem por finalidade ofertar especialidades que não estão disponíveis em todo país, funcionando como “uma estratégia de regulação para disponibilizar e garantir, de forma equânime e ordenada, o acesso da população, oriunda de qualquer local do país, e essas especialidades” (CONASS, 2011, v.4 p.21).

A inscrição dos usuários na CNRAC se dá a partir da necessidade de assistência hospitalar de alta complexidade, em outro estado, na ausência ou insuficiência na oferta desses procedimentos no Estado de residência. Os procedimentos de alta complexidade que podem ser regulados encontram-se relacionados na Portaria SAS/MS nº. 258/2009, que padroniza o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade – CERAC, objetivando disciplinar e otimizar as atividades da CNRAC e das CERAC em todo território nacional.

A CERAC/RN foi instituída pela Portaria nº 70/GS, de 04 de junho de 2003, atua em consonância com a CNRAC. As informações tramitam integradamente, através de um sistema informatizado, restrito aos profissionais envolvidos no processo, contemplando desde o cadastro do paciente que necessita de um procedimento de alta complexidade inexistente ou insuficiente no Estado até seu deslocamento e a realização do procedimento no Estado executante.

A CERAC/RN, executante também trabalha com um sistema de informação via web que visualiza a demanda oriunda de outros estados encaminhando para os estabelecimentos de saúde que realizam os procedimentos solicitados.

É de competência da CERAC/RN solicitante, o cadastro do paciente no CNRAC, pela inclusão do laudo médico no sistema informatizado e também pelo deslocamento do paciente e acompanhante (se necessário), garantindo a chegada em tempo hábil para a realização do procedimento, bem como o retorno para o Estado de origem, utilizando para isso verba do Tratamento Fora Domicílio – TFD.

5.11.12. Tratamento Fora do Domicílio - TFD

O TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO – TFD, é um benefício oferecido pelo Sistema Único de Saúde – SUS, que consiste no fornecimento de passagens e ajuda de custo para o deslocamento, alimentação e pernoite dos usuários encaminhando pela rede pública conveniada/contratada ao SUS a fim de realizar tratamento de saúde fora da sua região.

Esse auxílio inclui transporte (aéreo, terrestre ou fluvial), estada e ajuda de custo para alimentação nos tratamentos que precisam ser feitos em cidades

distantes 50 km do local de origem do paciente, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial.

O TFD da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte foi instituído através da resolução – SESAP – nº. 001 de 26 de outubro de 2006, o TFD é “um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas”.

OTFD “consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica às unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes”.

Além disso, “destina-se a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade eletiva”.

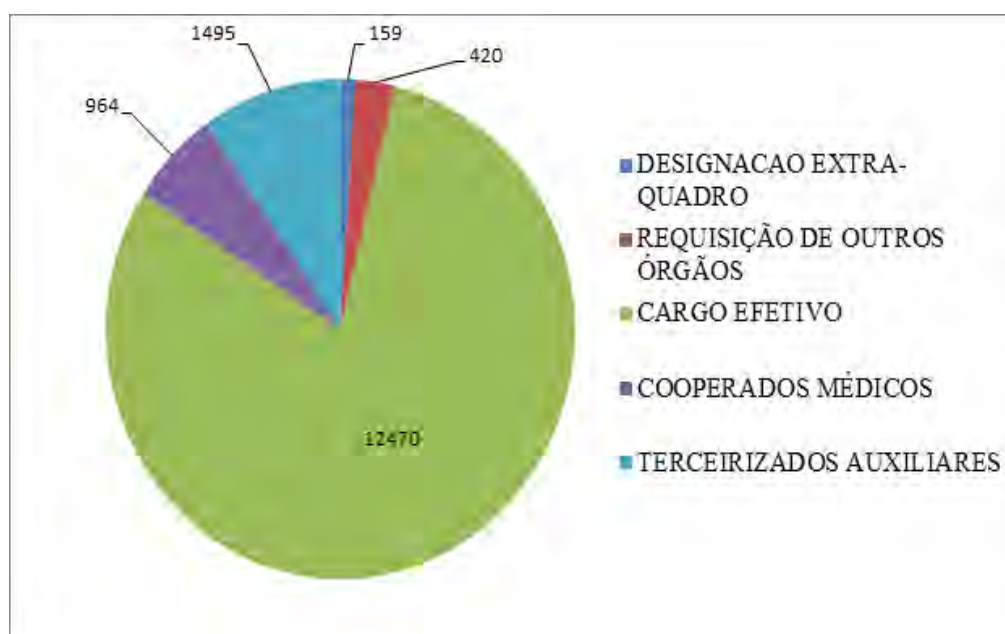
6. GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A Gestão do Trabalho e da Educação é orientada pelas diretrizes de criar uma política de desenvolvimento científico e tecnológico do SUS-RN, em parceria com as instituições de ensino com apoio dos órgãos nacionais de fomento, e a cooperação dos organismos internacionais; com o intuito de fortalecer a Gestão do Trabalho, instituindo uma política de pessoal que valorize os trabalhadores da saúde e instaure processos de participação com responsabilização, viabilizando formação a partir das necessidades dos territórios por meio de uma rede estadual de educação permanente. Esse processo deve-se dar de forma a propiciar a pactuação entre gestores, trabalhadores e usuários, na perspectiva de instituir novos paradigmas para as relações de trabalho no âmbito do SUS.

6.1. Gestão do Trabalho

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte (SESAP/RN) a gestão do trabalho e da educação na saúde conta com uma rede própria trabalhando com um quadro de 13.049 servidores ativos, 1.495 trabalhadores de mão de obra terceirizada e proporcionalmente 964 médicos contratados por meio de cooperativas ou empresas, distribuídos em unidades administrativas, hospitalares e de referência nas oito regiões de saúde do estado.

Gráfico 129 - Distribuição dos trabalhadores das unidades da SESAP/RN em Dezembro de 2019.

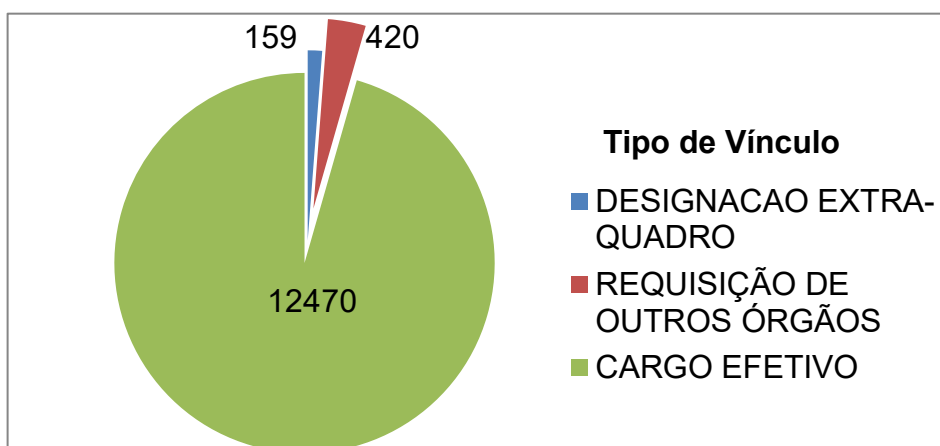


Fonte: SESAP/RN, 2020.

Observa-se que o quadro de pessoal nas unidades da SESAP/RN é complementado em 15,86% por uma força de trabalho que não tem vínculo estatutário em decorrência das dificuldades em contratação e fixação dos profissionais médicos, bem como da contratação por meio de terceirização das funções de apoio.

Quando examinamos o quadro de servidores estatutários, podem-se analisar diversas tendências no que tange às possibilidades de aposentadorias, necessidades de pessoal e perfil dos trabalhadores ativos.

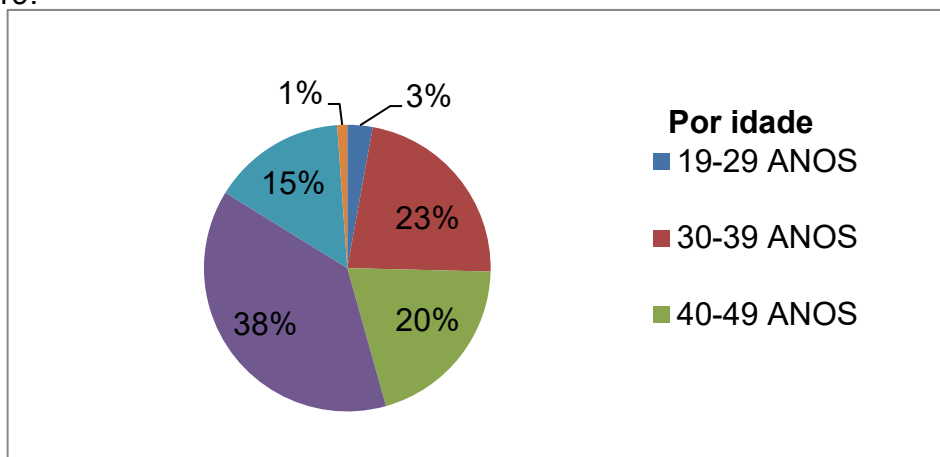
Gráfico 130 – Distribuição dos servidores da SESAP/RN por tipo de vínculo, Dezembro de 2019.



Fonte: SUIIRH/SESAP

Como se pode observar, a grande maioria dos trabalhadores da SESAP/RN são servidores efetivos. Destaca-se que 66% destes servidores são do sexo feminino, informação importante para a análise de tempo para a aposentadoria, que no caso das mulheres pode ser solicitada a partir dos 55 anos de idade. Nesse sentido, demonstra-se no gráfico abaixo o perfil dos servidores ativos por idade:

Gráfico 131 - Demonstrativo dos servidores da SESAP/RN por idade em dezembro de 2019.



Fonte: SESAP, 2020.

Ainda nessa perspectiva, é necessário observar o tempo de serviço desses profissionais para que se possa planejar a reposição desse quadro de pessoal de maneira que mantenha os serviços de saúde prestados à população sem prejuízos, visto que se lida com o salvamento e manutenção de vidas. Atentando-se para o quantitativo de servidores com mais de 25 anos de tempo de serviço considerando que 66% é mulher, portanto, na legislação atual, a maior parte dessas pessoas poderá solicitar aposentadoria nos próximos anos.

Nos últimos dez anos foram realizados dois concursos públicos para atender o déficit de pessoal existente nos serviços da SESAP/RN, que não supriram a necessidade relacionada ao acelerado número de vacâncias, havendo, pois, um significativo déficit de profissionais.

Esse déficit é agravado pela necessidade de adequação dos serviços de saúde às novas legislações de dimensionamento de pessoal que reconhecem a importância da atuação dos profissionais na recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos, incluindo novas funções e maiores quantitativos de pessoas para manutenção dos serviços de saúde, aumentando as necessidades de pessoal.

Pelas tendências apresentadas, no Plano Plurianual do período 2020 a 2023 estima-se uma necessidade de reposição de 5300 servidores para as unidades da SESAP considerando o déficit atual somado a projeção de aposentadorias.

Na contramão da imperiosa necessidade de prestação de serviços de saúde à população, o Estado encontra-se em calamidade financeira e seus gastos com pessoal estão no limite prudencial da Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/2000). Precisando cobrir o déficit de pessoal na área, o Governo realizou Concurso Público regido pelo Edital 001/2018 SEARH/SESAP, para provimento de cargo efetivo do Quadro de Pessoal da Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP, vigente até 2 de julho de 2020, que homologou 7007 aprovados, nas seguintes especialidades.

Quadro 17 – Quantidade de aprovados no concurso público edital nº001/2018 por cargo.

CARGO	Nº VAGAS EDITAL	Nº APROVADO	CADASTRO RESERVA
Assistente Técnico em Saúde	14	662	648
Técnico de Biodiagnóstico	6	36	14
Técnico em Enfermagem	155	845	324
Técnico em Radiologia	1	61	47
Assistente Social	1	385	376
Enfermeiro	60	2666	2391
Engenheiro Biomédico	2	34	31
Engenheiro de Seg. Trabalho	1	29	27
Farmacêutico	1	205	193
Farmacêutico Bioquímico	1	87	67
Fisioterapeuta	3	282	264
Fonoaudiólogo	1	94	93
Nutricionista	1	269	268
Psicólogo	1	252	251
TAS / Administrador	9	140	131
TAS / Contador	3	135	132
Terapeuta Ocupacional	1	33	32
Médico Anestesiologista	8	65	49
Médico Cardiologista	1	15	13
Médico Cirurgião Geral	16	83	48
Médico Cirurgião Pediátrico	8	7	0
Médico Cirurgião Torácico	2	4	2
Médico Cirurgião Vascular	2	11	8
Médico Clínico Geral	15	165	130
Médico Endoscopista	1	6	3
Médico Gastroenterologista	1	2	1
Médico Ginecol. e Obstetra	15	102	25
Médico Hematologista	1	1	0
Médico Infectologista	1	12	3
Médico Intensivista	8	13	0
Médico do Trabalho	1	10	9

Médico Nefrologista	5	14	0
Médico Neonatologista	8	18	0
Médico Neuroencefalografista	1	2	1
Médico Neurocirurgia	5	11	0
Médico Neurologista Pediátrico	1	4	2
Médico Neurologista	1	10	0
Médico Ortopedista	8	66	16
Médico Patologista	5	15	8
Médico Pediatra	8	75	51
Médico Pediatra Intensivista	8	5	0
Médico Pneumologista	1	2	0
Médico Psiquiatra	5	35	19
Médico Psiquiatra Infantil	5	5	0
Médico Ultrassonografista	1	25	24
Médico Urologista	1	9	8
TOTAL	404	7007	5709

Fonte: SESAP, 2020.

A nomeação desses profissionais na área da saúde é albergada pela Lei Complementar nº 101, de 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal, pois dispõe que se a despesa total com pessoal exceder a 95% (noventa e cinco por cento) do limite é vedado ao Poder prover cargo público, admissão ou contratação de pessoal a qualquer título, ressalva a reposição decorrente de aposentadoria ou falecimento de servidores das áreas de educação, saúde e segurança (art. 22, inciso IV).

Contudo, face ao cenário de calamidade pública no âmbito financeiro, o Governo do RN tem buscado adotar ações voltadas a associar a melhoria da qualidade do serviço público prestado à população com redução de custos. Visando reduzir o déficit de pessoal, desenvolve-se e tramita-se uma proposta de Termo de Ajustamento de Gestão que possibilitará a substituição de parte desses contratos por servidores efetivos, gerando um saldo que possibilitará a concessão de Jornadas Especiais (aumento de carga horária), bem como nomeações de servidores das diversas categorias para substituição das horas eventuais (horas extras).

6.2. Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS no RN

A Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS no RN, tem como objetivo instituir processos de negociação de caráter permanente das demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho, visando o fortalecimento da gestão participativa, valorizando os trabalhadores e desenhando a regulação do trabalho para o Sistema Único de Saúde. A MENP/SUS/RN foi fundada em 2005, com um histórico de funcionamento descontinuado até o ano de 2009, não havendo nenhum registro de 2010 a 2018. Após oito anos desativada, a mesa encontra-se, neste ano, em funcionamento com pautas mensais.

Outra importante ferramenta da Gestão do Trabalho é o dimensionamento de pessoal, busca-se critérios equânimes de lotação, movimentação e monitoramento da força de trabalho para atender efetivamente, usando os princípios da racionalidade e economicidade, às demandas dos serviços.

Com vista a fortalecer a Saúde do Trabalhador da SESAP/RN, foram reativadas as ações do NASST Central com reforço da equipe e reserva de espaço adequado na reforma do nível central para suas atividades. Está sendo montada ainda a equipe do NESST para coordenar, fortalecer e padronizar a atuação dos NASST nas unidades da SESAP/RN.

Ainda nessa mesma linha, essa coordenação desenvolve ações por meio da Comissão de Qualidade de Vida do Trabalhador relacionadas ao apoio às campanhas de prevenção e promoção da saúde, o acolhimento de novos servidores, a preparação para a aposentadoria, dentre outros.

6.3. Gestão da Educação

A Gestão da Educação no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte é responsável pela política de educação permanente, na perspectiva do desenvolvimento dos trabalhadores e da melhoria na oferta e qualidade das ações e serviços de saúde. Neste sentido, as demandas devem ser ascendentes a partir das necessidades apontadas nas regiões de saúde, nesse contexto, nos últimos anos, faz-se necessário pontuar o incipiente funcionamento das Comissões de Integração

Ensino-Serviço (CIES) nos territórios do Estado, sendo um desafio reativá-las ou, em algumas regiões, instituí-las.

Ainda sobre a Educação Permanente (EP), dando luz à rede própria do Estado, os Núcleos de Educação Permanente em Saúde – NEPS, são estratégias descentralizadas nos Hospitais e Unidades de Referência sob gestão da SESAP que devem planejar coletivamente e executam uma parte das ações de EP nos serviços. Nota-se que os NEPS em funcionamento nos últimos anos estão concentrados nos hospitais de maior porte, e localizados nas macrorregiões, sendo fundamentais ações de interiorização dessa estratégia em todas as unidades SESAP nas oito regiões de saúde, bem como, apoiar as gestões, estimulando a implementação desses núcleos em âmbito municipal. Ademais, os NEPS devem, ainda, alinhar e disseminar as regras de pactuação e condução dos estágios, projetos de pesquisa e extensão, importantes para potencializar a formação dos trabalhadores da saúde.

O desenvolvimento dos trabalhadores também se dá por meio de ações de monitoramento e avaliação voltados a aferir o desempenho dos trabalhadores e a partir dos resultados propor medidas para o aperfeiçoamento das competências pessoais e organizacionais. A avaliação de desempenho dos servidores da SESAP tem, pois, um papel fundamental na indissociabilidade da gestão do trabalho com a gestão da educação, sugerindo às áreas de qualificação e capacitação. Há a necessidade de avanço na cultura institucional para o estabelecimento de metas coletivas que possam ser pilares da análise de resultados setoriais e redefinir, por exemplo, gratificações variáveis de modo a contribuir para motivar os trabalhadores, tendo como finalidade à melhoria permanente na qualidade dos serviços ofertados pela rede, e consequente, melhores resultados para os usuários, cuja participação nesse processo avaliativo também deve ser fomentada.

O Programa de Estágio Não Obrigatório tem como objetivo propiciar a integração ensino-serviço dos alunos do ensino superior e ensino médio nos diversos setores do Governo do Estado do RN. É uma atividade opcional que será acrescida à carga horária regular obrigatória do aluno. A Secretaria de Saúde do Rio Grande do Norte através do Programa de Estágio do Estado do Rio Grande do Norte disponibilizou 32 vagas de estágio não Obrigatório com o pagamento de uma bolsa no valor de um salário mínimo e auxílio transporte, com carga horária de 30 horas semanais distribuídas em 13 cursos: Administração, Arquitetura e Urbanismo,

Ciência da Computação, Ciências Contábeis, Direito, Enfermagem, Engenharia Civil, Engenharia Elétrica, Gestão Hospitalar, Saúde Coletiva, Sistema de Informação, Tecnologia da Informação e Tecnologia em Análise e Desenvolvimento de Sistemas.

O Estado ainda conta com três Programas de Residência Médica: neonatologia, psiquiatria e cirurgia geral e integra o Programa de Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoria no SUS, conduzido pelo Hospital Sírio Libanês, através do Proadi-SUS.

Sobre a gestão da educação, merece destaque, ainda, a necessidade de fortalecimento do CEFOPE na área de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS no RN. Essa Escola, que desde sua fundação esteve restrita a formação técnica, dirigida a profissionais de nível médio, iniciou o processo de ampliação de seu escopo para além das áreas técnicas, se configurando como uma Escola de Saúde Pública para atender às amplas demandas do SUS no Estado, como estratégia de fortalecimento da educação na Saúde. Essa ampliação prevista para ser efetivada em 2020 deverá integrar as ações de educação permanente em todas as regiões de saúde e deverá impulsionar também a área de ensino-serviço, compondo a Rede Estadual de Educação Permanente.

6.4. Gestão da Informação

É importante destacar que a área da gestão do trabalho e da educação vem desenvolvendo suas ações de forma reativa às demandas da rede de atenção e é notório que as informações são concentradas em áreas distintas, com tímida articulação e integração. Esse processo fragmentado implica em ações deficitárias necessitando incremento no campo da gestão da informação. Decisões sobre dimensionamento de pessoal, provimento e despesas relativos à força de trabalho, por exemplo, carecem de informações mais elaboradas, com séries históricas e dados atualizados que subsidiem à tomada de decisões pela gestão.

Faz-se necessário, pois, inverter a lógica da gestão da oferta para a gestão do cuidado. Tomar decisões baseando-se nos indicadores que apontem para as necessidades de saúde, de forma a atender aos planos das RAS. A gestão da informação subsidia a perfilização da rede assistencial e aponta para as reais

necessidades na área da gestão de pessoas. Nesse contexto o RN precisa avançar na construção de uma Sala de Situação na área da gestão do trabalho e da educação na saúde que possibilitará agilidade no diagnóstico situacional e aperfeiçoamento do processo de tomada de decisões.

Muitos são os desafios que se colocam para a área da gestão do trabalho e da educação no RN com vistas à qualificação da gestão do cuidado, o principal deles, entretanto, é reestruturar seu campo de atuação, voltando-se não apenas para a rede assistencial sob a gestão da SESAP, mas atuar como coordenador da política de gestão do trabalho e da educação em todas as regiões de saúde, numa relação ascendente a partir dos municípios, dialogando com as instâncias colegiadas e articulando suas ações com as diversas áreas de atenção possibilitando intervenções intra e interinstitucionais.

7. PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS

7.1. Gestão em Saúde

As dificuldades para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) decorrem não só das resistências aos avanços realizados, as quais tentam manter interesses hegemônicos por meio de medidas de reforma do Estado, de corte neoliberal, que atingem profundamente a efetivação da política de saúde.

O processo de gestão em saúde, atualmente, exige muito além de medidas de planejamento, alocação de recursos escassos, avaliação de desempenho e outras atividades básicas de administração, além de reuniões de equipe, padronização de procedimentos, coordenação, direção e controle. Em face dessa ideia, Miranda (2005) enfatiza que a gestão governamental em saúde é constituída a partir de uma práxis social de âmbito institucional, possuindo uma natureza complexa e um caráter polivalente (ético, político, estratégico, técnico, administrativo).

Os desafios enfrentados, dizem respeito não somente às agendas inconclusivas da construção do SUS, pela insuficiência de recursos, mas também pela baixa capacidade de gestão pública. A gestão em saúde não requer apenas gestores capazes de implantar políticas e novos modelos de atenção, mas requer

que tenham também capacidade e competência para administrar graves problemas que se apresentam neste processo.

Corroborando com a ideia, autores como Carvalho *et al* (2012), ressaltam que os sistemas de direção, assim como o processo e os arranjos para a tomada de decisões, envolvem motivações, interesses, racionalidades imbricadas, intuição (e experiência intuitiva), conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos (tempo, informações, tecnologias, financiamento).

Nesse contexto, a dinâmica organizacional da Secretaria requer uma revisão e aprofundamento da sua estrutura. Nessa perspectiva, aponta-se para a necessidade de uma organização com maior flexibilidade, autonomia de trabalho, descentralização e gestão democrática, de configuração modular, que possibilite o exercício da criatividade e a realização de ajustes nos processos de trabalho.

Na atual conjuntura foram constituídos, estrategicamente, arranjos institucionais para suprir as lacunas existentes e atender as diversas demandas na área da saúde, entretanto, ainda se faz necessário que essa nova estrutura seja definitivamente efetivada.

Durante o ano de 2019, foram mobilizados esforços no sentido de qualificar a gestão e de propor um exercício que tivesse compatibilidade com o planejamento contido no Plano Plurianual, buscando harmonizar o planejamento setorial com o planejamento geral.

Diante dessa realidade, o desafio posto é a busca de outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, edificando uma relação mais solidária entre os trabalhadores e os usuários e os próprios trabalhadores do ponto de vista do seu desempenho técnico, e da construção de um trabalho coletivo na área da saúde.

Scherer, Pires e Schwartz (2009), apontam que o trabalho na área da saúde requer, em uma grande maioria dos casos, práticas multi e interdisciplinares, de acordo com as necessidades do usuário. Assim sendo, se trata de um trabalho permeado por questões referentes às relações entre estes sujeitos, pela história das

profissões em saúde e o complexo jogo político e econômico que sintetiza o cenário das situações de trabalho.

Outro desafio posto está relacionado ao alcance da equidade, pois há a necessidade de se reduzir as diversas desigualdades em saúde por meio de tarefas concretas de gestão que sejam capazes de modificar para melhor as condições de saúde daqueles que se encontram em situações menos favorecidas (LUCHESE, 2003).

Dessa forma, é fundamental que os serviços de saúde atendam às necessidades de saúde dos usuários estruturados de acordo com os níveis de atuação e de densidade tecnológica, sendo primordial que se siga esta lógica de organização para que se consiga atender o princípio da equidade.

Outro aspecto importante e que desafia a gestão na área da saúde são as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e a integralidade da atenção à saúde. Atualmente, o Estado do Rio Grande do Norte enfrenta importantes problemas no que se refere à regulação do acesso. Essas dificuldades no acesso levam a demora por atendimento, especialmente ocasionando alta demanda por leitos de UTI, exames e cirurgias. A regulação do acesso pode ser um grande instrumento de intervenção na realidade sanitária, entretanto ainda é um grande desafio a ser superado.

Em uma breve análise dos processos produtivos internos e externos, revelam a dificuldade de se implementar ações de planejamento estratégico, resultando na desorganização e inadequação dos processos; falta de padronização e diferentes interpretações sobre um mesmo processo; indefinição dos fluxos e das interfaces; indefinição de papéis e responsabilidades; e falta de alinhamento dos processos com os produtos/serviços entregues, resultando na baixa produtividade da organização.

Considerando o papel do Estado em coordenar no âmbito estadual, o processo permanente de planejamento integrado e participativo, orientado por problemas e necessidades de saúde, em consonância com as diretrizes nacionais e especificidades locais, prestando apoio técnico aos municípios nesse processo, torna-se imprescindível a elaboração de intervenções que extrapolem o entendimento da dinâmica organizacional e de seus fluxos, mas que proponham a

integração e articulação entre as diversas partes, auxiliando na sua articulação, bem como subsidie o processo decisório de forma coletiva e democrática.

Essa constatação aponta para a necessidade de se pensar em adequar as antigas estruturas e serviços que possam incidir em mudanças de práticas de atenção e de gestão, tendo como base a construção de relações cidadãs fundadas no respeito individual e coletivo de todos os que fazem e os que usam o SUS.

Nessa perspectiva, as ações pensadas para os próximos quatro anos, contemplam como prioridades as ações e metas para cada área da saúde, observando-se, no mínimo, o programa de governo, as diretrizes de gestão, as ações estratégicas e as demais normas contidas nos demais instrumentos de gestão, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

7.2. Financiamento da Saúde

A capacidade de financiar os sistemas de Saúde vem sendo ameaçada na maior partados países devido a mudanças no perfil demográfico (envelhecimento da população combinado com a diminuição das taxas de natalidade), ao aumento da incidência de doenças crônicas que consomem muitos recursos durante longos períodos, ao aumento da expectativa de vida, a constante introdução de novas tecnologias e medicamentos e, em alguns casos mais específicos, ao custo associado à violência e morte por causas externas. Dentre as limitações no processo de gestão pública em saúde, é a falta de orçamentos suficientes para gerir recursos humanos, limitações de ordens práticas, financeiras e ligadas à legislação.

O agravamento desse quadro se deu em parte pela aprovação da Emenda Constitucional nº. 95 que introduziu dispositivos com efeitos negativos para o planejamento e execução orçamentária e financeira da saúde.

O debate em torno da necessidade de recursos adicionais para o financiamento do SUS tem demonstrado que não há contradição entre aqueles que defendem tal necessidade e os que querem priorizar a gestão. É possível afirmar, inclusive, que é preciso alocar mais recursos orçamentários e financeiros para o SUS de modo a permitir também o aprimoramento da gestão (VIGNOLI; FUNCIA, 2014).

Ainda segundo Funcia (2019), a defesa do SUS e de seu financiamento adequadodeve estar integrada à garantia da seguridadesocial e dos direitos de cidadania inscritosna Constituição Federal, de forma oposta à retiradaque está ocorrendo no país.

No Estado do Rio Grande do Norte, o Fundo Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte (FUSERN)se constitui em uma unidade orçamentária de execução orçamentária e financeira da despesa em saúde das 47 (quarenta e sete) unidades administrativas. Inclui ainda a execução de parte das despesas das 9 (nove) Unidade Gestoras (UGs): Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Santa Catarina), Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, Hospital Giselda Trigueiro, Hospital Colônia Dr. João Machado, Hospital Regional Deoclécio Marques de Lucena, Hospital Regional Dr. Nelson Inácio dos Santos, Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade e Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia.

Consideram-se, exclusivamente, como ações e serviços públicos de saúde a totalidade das dotações doórgão, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida,transferência de renda a famílias e despesas financiadas com recursos do Fundo de Combate eErradicação da Pobreza, e ressalvada disposição em contrário que vier a ser estabelecida pela leicomplementar a que se refere o art. 198, § 3o, da Constituição.

De acordo com os dados obtidos no Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal do Estado do Rio Grande do Norte (SIGEF/RN), para dar conta das demandas das unidades de saúde ligadas a saúde, a Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP), contou em 2019, com um orçamento inicial previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA) de R\$ 1.524.786.000,00 (um bilhão quinhentos e vinte e quatro milhões setecentos e oitenta e seis mil reais), sendo que a despesa realizada no ano de 2019 foi na ordem de R\$ 1.436.181.120,30 (um bilhão, quatrocentos e trinta e seis milhões, cento e vinte mil reais e trinta centavos).

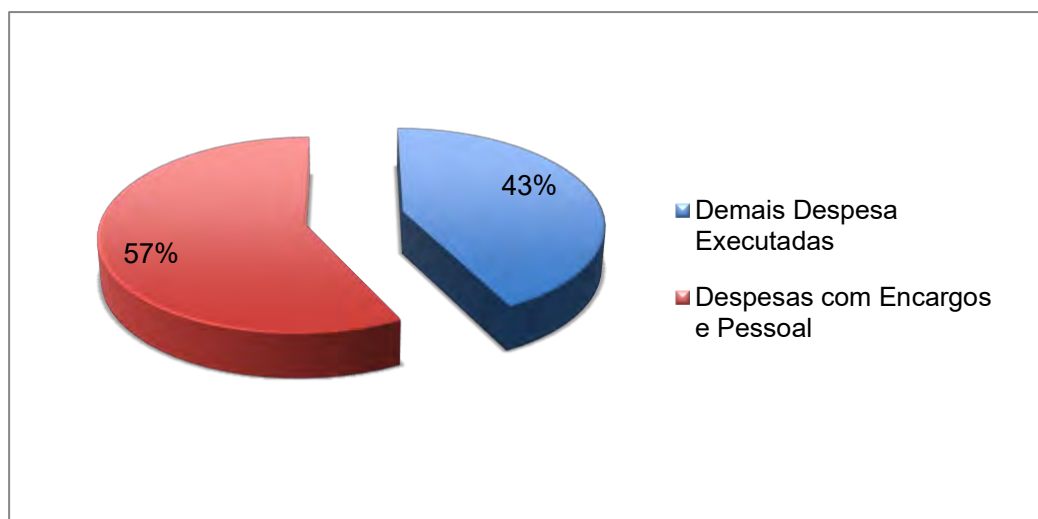
Das receitas adicionais para financiamento da saúde, referente às transferências de recursos do SUS foi repassado, fundo a fundo, pelo governo federal em 2019, cerca de R\$ 315.282.716,74(trezentos e quinze milhões, duzentos e oitenta e dois mil, setecentos e dezesseis reais e setenta e quatro centavos). Esses valores se referem ao bloco de custeio e em sua maioria estão

relacionados ao grupo de média e alta complexidade (MAC), cujos recursos basicamente são utilizados para o custeio das Unidades de Saúde e as Unidades de Referência.

Quando se analisa a composição da receita, para apuração da aplicação em ações e serviços públicos, se percebe o grau de importância da arrecadação do imposto sobre circulação de mercadorias e serviços (ICMS), o qual representa 96,25% da receita de impostos líquida. Das receitas de transferências constitucionais e legais, o Fundo de Participação dos Estados (FPE), representa quase 100% das receitas apuradas.

Em relação às despesas em saúde, do valor total executado em 2019, de R\$ 1.436.181.120,30 (um bilhão, quatrocentos e trinta e seis milhões, cento e oitenta e um mil, cento e vinte reais e trinta centavos), R\$ 824.399.105,29 (oitocentos e vinte e quatro milhões, trezentos e noventa e nove mil, cento e cinco reais e vinte e nove centavos) foram destinadas a despesas com encargos e pessoal, o que corresponde a aproximadamente 58% das despesas realizadas.

Gráfico 132 – Percentual das despesas com Encargos e Pessoal em relação ao total das despesas executadas no ano de 2019. SESAP- Natal/RN.



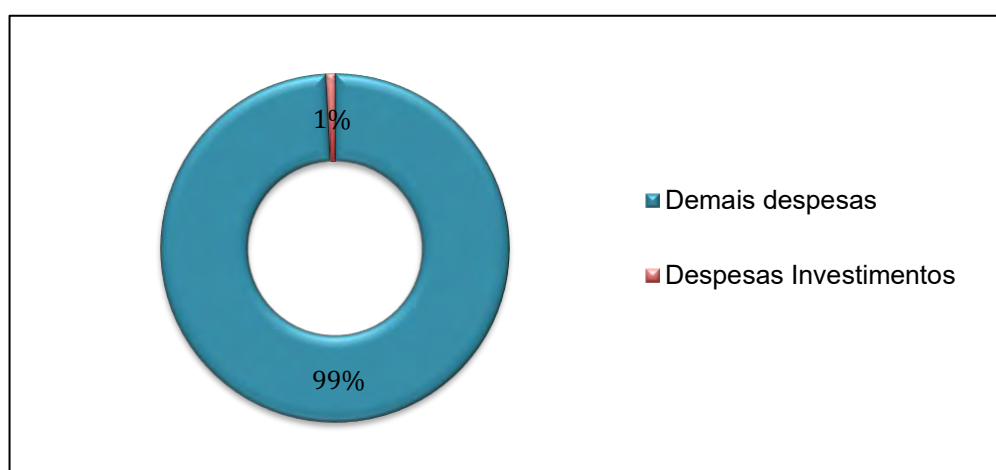
Fonte: Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO). Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal SIGEF/RN, 2019.

A partir da análise da prestação de contas nos Relatórios Detalhados Quadrimestrais e do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), em relação à aplicação dos recursos mínimos na área da saúde, o percentual de aplicação do Estado em ações e serviços públicos de saúde sobre a receita de impostos líquida e transferências foi de 12, 23%, em 2019, conforme previsto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a qual determina que:

Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que trata o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. (BRASIL, 2012).

Em relação às despesas referentes a investimentos na área da saúde, observa-se que foram gastos em 2019, R\$ 11.677.164,24 (onze milhões, seiscentos e setenta e sete mil, cento e sessenta e quatro reais e vinte e quatro centavos), o que equivale a menos de 1% do total das despesas realizadas.

Gráfico 133 – Percentual das despesas com Investimentos em relação ao total das despesas executadas no ano de 2019. SESAP- Natal/RN.



Fonte: Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO). Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal SIGEF/RN, 2019.

Em relação a execução das despesas com saúde, é oportuno ressaltar que a liquidação é o segundo estágio da execução da despesa, que consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios da entrega do material ou serviço.

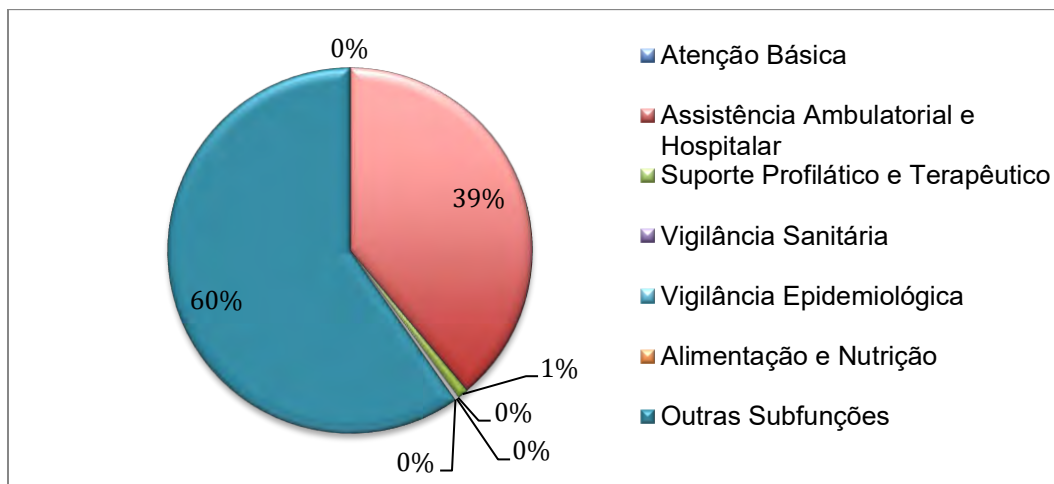
Importante salientar ainda, que as subfunções consideradas típicas da saúde são: Atenção Básica (301), Assistência Hospitalar e Ambulatorial (302), Suporte Profilático e Terapêutico (303), Vigilância Sanitária(304), Vigilância Epidemiológica (305), Alimentação e Nutrição(306).As outras subfunções consideradas de apoio administrativo são aquelas referentes a administração e manutenção da Secretaria de Saúde tais como: planejamento e orçamento, administração geral, administração financeira, controle interno, tecnologia da informação, formação de recursos humanos e comunicação social.

São também consideradas como subfunções de ações e serviços públicos de saúde (ASPS) aquelas relacionadas a: proteção e benefícios do trabalhador, juros da dívida interna e externa, refinanciamento da dívida interna e externa dentre outros.

Nesse sentido, em relação às despesas com saúde por subfunção, liquidadas em 2019, percebe-se que grande parte esteve relacionada à Assistência Ambulatorial e Hospitalar, cujo valor corresponde a R\$ 559.012.132,05 (quinhentos e cinquenta e nove milhões, doze mil, cento e trinta e dois reais e cinco centavos), seguido das ações voltadas ao suporte profilático e terapêutico, no valor de R\$ 13.867.698,42 (treze milhões oitocentos e sessenta e sete mil, seiscentos e noventa e oito reais e quarenta e dois centavos).

As ações de Vigilância Epidemiológica perfazem um montante de R\$ 3.777.813,52 (três milhões, setecentos e setenta e sete mil, oitocentos e treze reais e cinquenta e dois centavos), enquanto que as ações de Vigilância Sanitária somam R\$ 790.024,05 (setecentos e noventa mil, vinte e quatro reais e cinco centavos). As ações relacionadas a Atenção Básica perfazem o valor de R\$ 113.585,00 (cento e treze mil, quinhentos e oitenta e cinco reais) e Alimentação e Nutrição R\$ 10.637,50 (dez mil, seiscentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos). Contudo, o maior montante está relacionado a outras subfunções R\$ 858.609.229,76 (oitocentos e cinquenta e oito milhões, seiscentos e nove mil, duzentos e vinte e nove reais e setenta e seis centavos).

Gráfico 134 – Percentual das despesas com saúde, por subfunção, executadas no ano de 2019. SESAP- Natal/RN.



Fonte:Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO). Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal SIGEF/RN, 2019.

Apesar dos incrementos provisórios obtidos mediante repasses do governo federal, os recursos destinados à saúde ainda são insuficientes para a execução das ações. Soma-se a esse quadro, o subfinanciamento federal e as dificuldades institucionais para atender aos critérios de captação de novos recursos da união também se constituem em óbices para o bom desempenho do setor.

O financiamento da saúde tem sido objeto de preocupação em quase todos os países. Nos países desenvolvidos, que investem parcela considerável do seu Produto Interno Bruto(PIB) em saúde, cresce a preocupação com a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que o incremento nos dispêndios com serviços médico-assistenciais não redundam, necessariamente, em melhores condições de saúde e nem resolvem, automaticamente, as iniquidades no acesso aos serviços. Nos países em desenvolvimento, por sua vez, existe o problema adicional de estender a cobertura a toda a população e de atender as exigências de financiamento setorial em concorrência com outras necessidades do desenvolvimento social e econômico (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Embora seja importante a busca do equilíbrio entre receitas e despesas, o financiamento da saúde não pode se resumir a uma simples equação contábil. A discussão deve se dar sobre o volume de recursos a ser destinado à área, mas também sobre como prover acesso oportuno da população a serviços de saúde de qualidade, eficazes, seguros e, também, custo-efetivos, segundo suas

necessidades, com vistas a atingir os princípios e as diretrizes do SUS. Mesmo com a definição na Constituição dos princípios básicos do SUS (acesso universal e igualitário), das suas diretrizes (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade), e da forma como este deve ser financiado, há necessidade de aprofundamento das discussões sobre sua sustentabilidade.

7.3. Regionalização

Ao longo dos anos várias iniciativas e procedimentos políticos, jurídicos e normativos foram realizados, no país, para viabilizar o SUS, entretanto, ainda persiste o desafio de efetivar o princípio organizativo da regionalização. O enfrentamento desse desafio exige o reconhecimento de limites e potencialidades dos caminhos percorridos ao longo do tempo.

Construir redes assistenciais regionalizadas e integradas 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, não se mostrou viável para efetivar a complexa proposta organizacional do SUS.

Os fluxos e pactuações para realizar a assistência à saúde à população não devem se limitar a registros, o aprofundamento da regionalização deve resultar em regiões de saúde, onde se constitua uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção que garanta universalidade do acesso, da equidade, da integralidade e da resolutividade das ações e serviços de saúde.

A região deve ser redescoberta, revendo seus indicadores sociais, culturais, econômicos, demográficos, em sua estrutura instalada e potencial, suas reais necessidades, para avançar em busca de partilhar as prioridades. Desse modo, a região de saúde deve se impor como um espaço de manifestação da solidariedade entre os parceiros que compartilham a responsabilidade de gerenciar os serviços de saúde, cuja capacidade resolutiva do município deve ser fortalecida.

Nesse sentido, os municípios e o estado devem mobilizar esforços no sentido de assegurar o maior acesso e a qualidade da assistência à população. Para tanto, a proposição de projetos e políticas requer para além da vontade política,

solidariedade entre os entes e protagonismo dos atores para que a regionalização se constitua de fato.

Na análise dos dispositivos da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) se percebe que os mesmos não funcionaram conforme sua concepção inicial. Apesar de terem tido um papel importante, exercitando a articulação estadual em torno da adoção de critérios e parâmetros para definição de procedimentos e alocação de recursos, os instrumentos como o PDR (Plano Diretor de Regionalização), o PDI (Plano Diretor de Investimento) e a PPI (Programação Pactuada Integrada), não deram conta em assegurar a melhoria das condições de saúde da população nas regiões.

O processo de construção do PDR se intensificou com as Oficinas Regionais e no Seminário Estadual realizado sob a coordenação do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva- NESC/UFRN, em parceria com a SESAP-RN e COSEMS-RN, durante o ano de 2006, como etapa do desenvolvimento do Projeto de Apoio à Implementação da Regionalização da Saúde no âmbito do SUS no RN. A partir disso, o desenho proposto no PDR, a ser implantado em 2008, propôs a instituição de 08(oito) regiões de saúde, visando dar maior funcionalidade às regiões e instituir uma lógica de regionalização que superasse a dicotomia existente entre a regionalização administrativa e a do PDR (VASCONCELOS, 2008).

A análise histórica demonstra que os dispositivos da NOAS não funcionaram conforme a concepção modelar: as macrorregiões, as microrregiões, os módulos assistenciais, os municípios satélites, assim como os instrumentos configurados nos planos PDR, PDI, PPI.

A idéia de cogestão dos hospitais, sob gerência ou gestão estadual, foi apresentada pelos dirigentes da SESAP como medida essencial à integração desses serviços na rede regionalizada de atenção à saúde (SOUZA, 2008).

Atualmente, no Estado do Rio Grande do Norte as unidades hospitalares regionais estão habilitadas como gestão dupla, cuja gerência é de responsabilidade estadual e a gestão municipal, tendo em vista as dificuldades dos municípios em garantir a execução das ações e gerência dos serviços de saúde.

Para a efetivação da regionalização ainda se observam entraves de toda ordem, que vão desde a garantia de recursos humanos qualificados e quantidade suficiente até a Programação Pactuada e Integrada (PPI), a qual não assegura a integralidade da atenção às demandas regionais. Para que o fruto das discussões se efetive torna-se necessária ampliar a discussão para novas pactuações entre os municípios e o estado.

Nessa direção, as Comissões Intergestores Regional (CIR) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) assumem um importante papel de concentrar o diálogo e promover consenso sobre decisões que efetivamente determinem o futuro das ações e serviços de saúde da região. A Comissão Intergestores Regional (CIR) é um colegiado no qual participam as Secretarias Municipais de Saúde, de uma dada região, e a Secretaria de Estado de Saúde, cujo objetivo é promover a gestão colaborativa no setor saúde do estado. As CIRs se constituem em fóruns criados a partir do Decreto nº 7.508 de junho de 2011, em substituição aos Colegiados de Gestão Regional, oriundos do Pacto pela Saúde. Quanto ao funcionamento das CIR identificam-se situações de descumprimento do regimento quanto à representação dos municípios, deficiências nas condições de funcionamento das secretarias executivas e as câmaras técnicas não se reúnem regularmente.

Ademais, convém enfatizar ainda que a atuação nos serviços deve ser embasada no planejamento conduzido em novas bases e com instrumentos adequados a esse movimento de mudanças. Faz-se imprescindível também estimular e favorecer o uso das informações produzidas pelo sistema no planejamento local regional.

No contexto de fortalecimento da regionalização, ações de promoção à saúde e de fortalecimento da atenção básica devem ser priorizadas. As ações de vigilância à saúde, incluindo a sanitária, também devem ser ampliadas, e o desenho da rede de assistência deve estar refletindo as parcerias solidárias no sentido de maximizar os recursos existentes, bem como os investimentos.

É notório que na prática a divisão territorial disposta no PDR do Estado não se efetivou conforme o previsto na legislação. Todavia, o processo de construção contribuiu para maior transparência em relação ao planejamento e articulação estadual em torno da adoção de critérios e parâmetros para definição de

procedimentos e alocação de recursos. Além disso, ficaram evidentes as divergências entre a oferta e demanda dos serviços.

Ao reconhecer o processo de regionalização como um processo político, com uma dimensão técnica, assinalam-se os desafios associados à sua consecução, em função da conflitividade da tradição política e administrativa vigente nas relações entre os sujeitos políticos envolvidos nos processos de gestão e as limitações estruturais das organizações do SUS no âmbito estadual, regional e municipal.

7.3.1. O processo de Regionalização e as Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAPs)

No Rio Grande do Norte, a partir do Plano Diretor de Regionalização implantado no ano de 2008, foram instituídas oito regiões de saúde:

I Região de Saúde:(São Jose de Mipibu) - 27 municípios;
II Região de Saúde:(Mossoró) - 14 municípios;
III Região de Saúde:(João Câmara) – 26 municípios;
IV Região de Saúde:(Caicó) – 25 municípios;
V Região de Saúde: (Santa Cruz) – 21 municípios;
VI Região de Saúde:(Pau dos Ferros) – 37 municípios;
VII Região de Saúde ou Metropolitana:(Natal) - 05 municípios;
VIII Região de Saúde:(Assú) – 12 municípios.

As Unidades Regionais de Saúde (URSAP) são estruturas administrativas regionalizadas regulamentadas pelo Decreto Estadual nº 15419 de abril de 2001, com a finalidade de supervisionar, coordenar e assessorar os serviços de saúde pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde e/ou município, na área de sua abrangência. A Secretaria de Estado de Saúde conta atualmente com 06 (seis) URSAPs.

Na trajetória da descentralização e regionalização dos serviços de saúde do SUS, passou-se da municipalização a regionalização. O cenário que se evidencia no país é de que a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, chamada pelos estudiosos de “Municipalização Autárquica”, resultou em fragmentação e perda na qualidade dos serviços e da assistência. Conforme já citado, a Programação Pactuada Integrada (PPI) também ficou restrita a

programação dos recursos federais, não abrangendo os recursos estaduais e municipais.

Outros aspectos a considerar na regionalização são a demografia e a geografia. No Brasil e no RN cerca de 80% da população vive em cidades. No RN cerca de 40% da população vive na Região Metropolitana de Natal e 30% em Natal, e essa proporção tende a aumentar.

Ao longo dos últimos anos, diversas tentativas foram feitas no sentido de buscar a efetivação desses princípios constitucionais, especificamente a Regionalização. A organização das regiões de saúde no Rio Grande do Norte tem seguido múltiplos caminhos, de acordo com as iniciativas nacionais e com os propósitos contidos nos planos do governo estadual, de forma descontinuada, motivada pelas frequentes mudanças de gestores da Pasta.

Nesse sentido, destacam-se três momentos distintos. No período 2015-2016 foi criado o Grupo de Trabalho da Regionalização - GTR, que elaborou um plano de metas, aprovado em todas as Comissões Intergestores Regionais (exceto na Região Metropolitana) sob a forma de Termo de Intenções com ações de curto, médio e longo prazos, sem continuidade neste processo.

O segundo momento ocorreu em 2017, e foi marcado pela assinatura do já referido Termo de Ajustamento de Conduta - TAC 138/2017 entre o Ministério Público do Trabalho - Procuradoria Regional da 21ª Região e o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte. Este TAC tem como objeto a observância de Normas de Saúde e Segurança do Trabalho em Unidades de Saúde e a Reestruturação da Rede de Hospitais Estaduais e prevê também a elaboração de um plano de revisão do quantitativo de hospitais da rede, com base em critérios de otimização dos recursos orçamentários escassos e indicando a conversão de hospitais que não apresentam condições estruturais de atendimento pleno para Unidades de Pronto-Atendimento, UBS – Unidade Básica de Saúde, Sala de Estabilização ou outro formato adequado, devendo ser avaliados, especialmente em sete hospitais que exigem uma justificativa expressa de manutenção ou readequação. Como a localização desses hospitais corresponde a seis regiões de saúde, a discussão da regionalização passou a incorporar também essa realidade.

Em continuidade ao processo, o terceiro momento, iniciado em 2018, orienta-se por uma iniciativa nacional tripartite - O processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de Macrorregiões de Saúde, instituído pela Resolução CIT Nº 37, de 22 de março de 2018, tendo como pressupostos o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Alguns pontos da Resolução 37-CIT merecem destaque:

O processo de Planejamento Regional Integrado deve ser coordenado pelo Estado; a Rede de Atenção à Saúde deve ser definida a partir das regiões de saúde e para garantir a resolutividade deve ser organizada num espaço regional ampliado; o produto do processo de Planejamento Regional Integrado é o Plano Regional e o consolidado dos Planos Regionais do Estado será parte integrante do Plano Estadual de Saúde; conformação regional com escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, baseada em um limite geográfico independente de divisas estaduais e um contingente mínimo populacional de 700 mil habitantes; e prevê ainda, o Comitê Executivo de Governança da RAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB, que deverá ser instituído na macrorregião de saúde.

No Rio Grande do Norte, o processo do Planejamento Regional Integrado teve início com a constituição de uma equipe de coordenação integrada pelas áreas técnicas da SESAP (CPCS, CPS e COHUR), pelo Núcleo Estadual do Ministério da Saúde – NEMS e representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS. Esse grupo técnico teve a missão de propor a divisão do estado em macrorregiões e elaborar o cronograma de implantação do PRI no estado, contando como subsídio o trabalho conjunto realizado entre DAI/SE/MS, DEMAS/SE, SAS, em parceria com o Laboratório de Desenvolvimento Tecnológico e Análise para Decisão – Labdec/Nescon/UFGM para Simulação de agrupamentos de “Regiões Resolutivas”. Para gerar os agrupamentos foi estabelecido um nível mínimo esperado de resolubilidade dos serviços de saúde, qual seja um conjunto de serviços de “Alta Complexidade” que exigem uma escala econômica elevada para justificar seu funcionamento, “Região de Saúde Resolutiva”. O “ponto de corte”

corresponde aos parâmetros tradicionalmente utilizados para Cardiologia e Oncologia.

Além do estudo disponibilizado pelo MS, o grupo de trabalho definiu critérios para o RN observando os fluxos para os grupos/subgrupos de procedimentos de alta complexidade: Cardiologia (Cirurgia Cardiovascular; Cirurgia Cardíaca Intervencionista; Cirurgia Endovascular); Oncologia (Tratamento em Oncologia); e TRS (Tratamento em Nefrologia), com base no sistema Planejamento Redes/PPI, desenvolvido pela CPCS para acompanhamento da PPI e Câmara de Compensação. Com base nos fluxos abaixo foi sugerido a divisão do Estado em duas macrorregiões, coincidindo com aquelas apontadas pelo estudo nacional.

Diante do exposto, o projeto que se propõe deverá estar pautado na conformação de redes de serviços regionalizadas, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação, estruturando o que se denominou de “redes funcionais”. Pretende-se, com sua organização, garantir, da forma mais racional possível, o acesso da população a todos os níveis de atenção.

7.4. Ouvidoria

A Ouvidoria SUS é um importante instrumento que permiti o cidadão participar da construção de um serviço de saúde cada vez mais eficiente e equânime. Por meio de uma escuta qualificada é possível captar os principais problemas que atingem a gestão e de maneira bastante pontual adotar as medidas corretas para sanar as mais diversas dificuldades inerentes ao Sistema Único de Saúde. Tal ferramenta se torna ainda mais importante em tempos de escassez de recursos financeiros e da pressão pela prestação de serviços públicos.

Atualmente, a rede estadual de saúde conta com Ouvidorias em 19 (dezenove) sub-redes, vinculadas a Ouvidoria SUS/SESAP. Por meio da Portaria 1.975/2018 do Ministério da Saúde a meta é criar esse importante canal em todas as Unidades ligadas a SESAP, cumprindo o comando Legal da Lei 13.46/2017 – Lei do Usuário do Serviço Público, além de prestar apoio técnico-institucional a 13(treze) Municípios do interior do estado que participam dessa etapa do processo de descentralização.

Além de ser um canal de acolhimento do usuário, a Ouvidoria SUS fornece à gestão informações estratégicas, capazes de subsidiar a gestão no planejamento de políticas públicas mais eficientes e eficazes.

É nesse contexto de participação e construção de um serviço público de qualidade que se insere a necessidade de fomentar o fortalecimento das ouvidorias já existentes, bem como incentivar a criação ou descentralização desse importante canal que conecta o usuário a Administração Pública.

7.5. Auditoria

Auditoria é um instrumento de gestão com vistas à fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

O Sistema Estadual de Auditoria – SEA/SESAP/RN se traduz numa importante ferramenta de apoio à Gestão, cujo objetivo é assessorar a Administração/Gestão no que se refere ao desempenho das funções e das responsabilidades, através da análise de documentos, livros, informações, normativos legais, entrevistas, visitas *in locu*, ou seja, tudo relacionado ao Patrimônio Auditado. Para tanto sempre programamos e planejamos o trabalho que será concretizado com base nos Princípios da Administração Pública, normativos legais e em observação ao Manual de Diretrizes Legais do Ministério da Saúde, buscando orientar o gestor para corrigir distorções que porventura sejam detectadas. Registre-se que o Sistema Estadual de Auditoria – SEA/SESAP/RN, é Órgão Interno e de Assessoramento Direto ao Senhor 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. Seus valores estão alicerçados nos princípios éticos, na obediência aos parâmetros legais, no trabalho qualificado em equipe, na observância aos princípios do SUS e estão norteados pela responsabilidade social e de cidadania. É composto pela sede em Natal e por seis unidades regionais, a saber: Santa Cruz, Caicó, Mossoró, Pau dos Ferros, João Câmara e São José do Mipibu (as duas últimas, sem Auditor lotado) que englobam os municípios adjacentes.

Nesse contexto, a Auditoria é um meio de elevado potencial no gerenciamento e na redução de riscos e fraudes, garantindo a economicidade, a eficiência e a eficácia dos seus resultados, visto que cumpre a função de elaborar diagnósticos que permitem visualizar e avaliar a situação da instituição ou organização público-privada, de acordo com o desempenho relativo ao funcionamento, desenvolvimento das atividades, utilização dos recursos e meios da maneira mais eficaz.

Cumprе salientar que as ações da auditoria do SUS são capazes de tecnicamente identificarem e apontarem irregularidades e inconformidades na gestão frente às normas do sistema SUS e demais bases legais do direito público. Também por dever de ofício, são apresentadas sugestões capazes de nortear alternativas corretivas com cunho saneador aos apontamentos feitos, buscando dar efetividade às políticas públicas praticadas, qualificando a gestão, possibilitando as condições técnicas para que estas políticas públicas para saúde cumpram as suas missões e, por extensão que os recursos públicos financiadores destas políticas sejam cada vez mais otimizados, evitando-se o desperdício, atentando-se as práticas ao princípio da economicidade e pautando-se, permanentemente, a conduta do agente público responsável pela gestão do sistema de saúde, pela probidade, moralidade e ética no trato da coisa pública.

Mesmo com tantas limitações, a superação é marca registrada deste componente de Auditoria, por diversas vezes elogiado pelo Judiciário, Tribunais e Ministério público, por suas ações contribuírem para o fortalecimento do Setor Público, com um desempenho qualificado que visa contribuir para a alocação e utilização adequada dos recursos, bem como, instrumentalizar a gestão quanto à qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos através do acompanhamento de ações e análise de seus resultados.

7.6. Controle Social

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. 94 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 (SUS) no âmbito da SESAP/RN.

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, no exercício de suas competências.

Dessa forma, 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 235ª 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 7ª 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.

7.6.1. Conferência Estadual de Saúde

As conquistas sociais se dão em tempos oportunos em que há uma convergência histórica entre atores sociais comprometidos com a justiça social. O Estado de Bem-Estar Social é algo que a sociedade compreende como um bem que ela se compromete a dar de si e para si mesma (MARSHALL, 1967).

No momento em que o Brasil vive o impasse da consolidação de políticas sociais de fomento da cidadania ou a volta ao caráter residual das políticas assistenciais, a realização das Conferências de Saúde se transforma em um imenso desafio para a gestão e para o controle social. Depois de mais de 30 anos de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda se faz necessário o debate sobre o que fazer para lograr o sonho do direito à saúde, de todos e para todos (CAMPOS, 2016).

A 9ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, realizada em Natal, de 11 a 13 de junho de 2019, organizada em parceria entre o Conselho Estadual de Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde Pública - SESAP, teve como tema central “Democracia e Saúde”. O evento trouxe como eixos principais:

- 1. SAÚDE COMO DIREITO;**
- 2. SAÚDE E DEMOCRACIA;**
- 3. CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS);**
- 4. FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS.**

Nesse sentido, ao final da conferência foram deliberadas as seguintes proposições:

EIXO 1: SAÚDE COMO DIREITO

DIRETRIZ: Qualificar o modelo de assistência à saúde e garantir acesso às redes de atenção com Regulação adequada e transparente, em conformidade com o perfil epidemiológico da Região.

PROPOSTAS:

1. Ampliar recursos para oferta de medicamentos para pessoas com doenças crônicas, mediante o devido repasse financeiro dos governos estadual e federal;
2. Pleitear financiamento junto ao Ministério da Saúde para os municípios realizarem compra de Unidades Básicas de Saúde Móveis, para assim levar o atendimento da Atenção Básica a todas as comunidades rurais e de difícil acesso;
3. Implantar a rede oncológica no Brasil, inclusive com incentivos financeiros para fortalecer as práticas de promoção e educação em saúde;
4. Garantir por parte da União a carreira SUS, com instituição de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) para todos os profissionais, favorecendo a fixação dos mesmos em áreas de difícil acesso;
5. Revisar a Portaria da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e rever o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como retomar a obrigatoriedade das equipes de saúde bucal para cada equipe de Estratégia Saúde da Família.

EIXO 2: SAÚDE E DEMOCRACIA

DIRETRIZ: Garantir que o Sistema Único de Saúde (SUS) - patrimônio do povo brasileiro – seja consolidado, tendo por base seu papel de proteção social e a compreensão de saúde como princípio da dignidade humana.

PROPOSTAS:

1. Garantir a saúde como um direito constitucional, assegurado por um sistema público, gratuito e universal baseado em um modelo de atenção resolutivo e de qualidade, com uma gestão unificada, regionalizada e hierarquizada, seguindo os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS);
2. Fortalecer as instâncias de Controle Social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã;
3. Revisar e aprimorar a Política e a Rede de Atenção à Saúde Mental para que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possam abranger os municípios com menor número de habitantes, considerando as necessidades de cada um;
4. Garantir a permanência do Programa Mais Médicos para o Brasil, com a ampliação do número de vagas para os municípios de pequeno porte;
5. Transforma o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) em uma política pública de saúde, com garantia de financiamento das três esferas de governo;
6. Equipes de saúde bucal para cada equipe de Estratégia Saúde da Família.

EIXO 3: CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

DIRETRIZ: Ampliar o acesso às ações e serviços de saúde, assegurando qualidade e resolubilidade no tempo adequado, tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e regionalização, como forma de concretizar os princípios da equidade, universalidade, integralidade transparência e participação cidadã.

PROPOSTAS:

1. Implantar e implementar a transparência do sistema de regulação (SISREG), com a modalidade SISREGWEB, visando a gestão da fila de espera, a otimização do monitoramento dos procedimentos, garantindo o acesso à informação aos servidores e usuários, de modo a acompanhar e avaliar a oferta de serviços e a classificação do usuário na lista de espera;
2. Garantir o aumento do investimento em média e alta complexidade, de modo a fortalecer os hospitais regionais e aumentar a oferta de exames e especialidades médicas em nível municipal e estadual;

3. Garantir a expansão da rede de urgência e emergência, com a ampliação de hospitais regionais, em todo o país e, em particular no Rio Grande do Norte, ampliando as Unidades de SAMU, salas de estabilização e Unidades de Pronto Atendimento, com financiamento tripartite (municípios, estados e união);
4. Ampliar a oferta e a divulgação de cursos pelo Ministério da Saúde, com vistas a viabilizar a educação continuada dos profissionais do SUS;
5. Ampliar o acesso às ações e serviços de saúde, em tempo oportuno, de acordo com os princípios da equidade, universalidade e integralidade, tendo Atenção Básica como ordenadora do cuidado, nos respectivos territórios, e aprimorar o princípio da regionalização, garantindo a transparência e participação cidadã.

EIXO 4: FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS

DIRETRIZ: Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferências de recursos.

PROPOSTAS:

1. Ampliar os recursos para garantir Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) nas distintas regiões de saúde do Rio Grande do Norte e, em particular, em áreas que atendem ao trabalhador rural;
2. Garantir o financiamento e ampliação dos laboratórios oficiais e dos centros de pesquisa nacionais, destinando recursos federais para o desenvolvimento científico, tecnológico, bem como para inovações, fortalecendo o intercâmbio entre pesquisas científicas e políticas de saúde, sobretudo, a produção pública de fármacos que sejam de interesse do SUS;
3. Propor Emenda à Constituição (PEC) para que os royalties do pré-sal (Petrobrás), tenham 20% dos valores recebidos destinados para a saúde;
4. Revogar a Emenda Constitucional no. 95/2016, com ampla mobilização da população e atos públicos;
5. Garantir investimento mínimo de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) por parte da União para a área da saúde, bem como a destinação de 30% dos recursos da Seguridade Social para o Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante ressaltar que as deliberações aprovadas na Etapa Estadual foram encaminhadas para discussão na Etapa Nacional da 16ª CNS (8ª+8) que ocorreu de 04 a 07 de agosto de 2019, em Brasília-DF, as quais deverão subsidiar a estruturação da proposta do Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual de 2020-2023.

Apesar da conjuntura de dificuldades de ordem administrativa e financeira, no âmbito estadual, a realização da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, 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.

8. O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Monitoramento é também 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”.

A perspectiva do processo de monitoramento vai de encontro direto com o cumprimento do Plano Estadual de Saúde, a realização das ações propostas para o alcance de metas.

A perspectiva da avaliação ultrapassa os muros, quando da prerrogativa de questionamento do Plano Estadual de Saúde permitir a adoção de parâmetros passíveis de valor para julgamento, permitindo assim a mensuração do alcance dos objetivos apresentados no referido PS.

Denota-se ainda que o monitoramento e avaliação são consideradas estratégias complementares, de modo que também possam explicitar os resultados obtidos. Infere-se ainda, a relação permanente entre monitoramento e avaliação, visto informações de uma estratégia servirem de subsídio para o desenvolvimento de atividades de outra.

A nível estadual, o processo de monitoramento e avaliação deve se utilizar de instrumentos apoiadores instituídos pelo planejamento do SUS Estadual, assim como as ações e os recursos necessários para implementação deste PS devem estar constantes na Programação Anual de Saúde (PAS).

Esse processo também é realizado mediante elaboração dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA), onde se tem o papel de monitorar o desenvolvimento físico-financeiro, por meio das ações apresentadas.

As ações propostas, supramencionadas, são partes do processo e monitoramento e avaliação e devem ser demonstradas através do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Como iniciativa da utilização e melhoria das ferramentas de apoio e gestão do planejamento estadual, a SESAP/RN vem desenvolvendo ações no âmbito do SUS no que concerne ao apoio institucional sobre o DigiSUS – Módulo Planejamento, implantação de salas de situações, além de acompanharmos dos Indicadores de Pactuação Interfederativa (integração das informações, com vistas a facilitar o planejamento e monitoramento das ações e serviços de saúde), buscando fortalecer a gestão do sistema de saúde nas unidades hospitalares, unidades de referência e nas URSAPs e produzindo informações sistematizadas em painéis, mapas, gráficos e tabelas de caráter executivo e gerencial.

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 contemplem 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face a atual conjuntura nacional no que tange a garantia do direito constitucional à saúde, a Secretaria do Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, com vistas a assegurar esse direito da população à saúde, desenvolveu este Plano Estadual de Saúde, balizado nos valores e princípios constitucionais que regem o sistema de saúde brasileiro, conferindo interfaces com as prerrogativas das práticas da gestão democrática e participativa, com os princípios da transparência e legalidade das ações interfederativas.

Este Plano Estadual de Saúde (PES) tem o objetivo de nortear a gestão em saúde no desenvolvimento de ações para o quadriênio 2020-2023, explicitando o caminho técnico-político para atender as necessidades de saúde da população.

Por fim, infere-se que este PS será monitorado e avaliado de forma contínua com base nas prerrogativas legais e pela utilização dos instrumentos de apoio antemencionados neste documento e quando necessário ser redirecionado para a melhor obtenção de resultados frente as metas e objetivos pactuados.

Esse instrumento reforça o envolvimento e o comprometimento de todos os envolvidos na construção de um sistema de saúde “de todos” e “para todos” (usuários, profissionais da saúde e gestores/prestadores), de tal forma a aperfeiçoar a gestão do sistema estadual de saúde.

EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)

Nesta sessão, são apresentados os eixos, as diretrizes, os objetivos estratégicos, as metas e os indicadores para os próximos quatro anos, os quais estão alinhados com o Plano Plurianual 2020-2023. Para cada objetivo estratégico são apresentadas metas quadrienais, as quais serão anualizadas nas Programações Anuais de Saúde. O roll de iniciativas expressas neste documento será executado por toda a estrutura organizacional da SESAP.

EIXO 01: FORTALECIMENTO DA GESTÃO (QUALIDADE) DO CUIDADO E REGULAÇÃO DO ACESSO.

- DIRETRIZES ASSOCIADAS:

1. Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na Atenção Primária, nas Redes Temáticas e nas Redes de Atenção à Saúde.
2. Incorporação e coordenação de iniciativas e ações intersetoriais desenvolvidas em conjunto com Universidades, Municípios, órgãos governamentais, organização produtivas, sindicatos, movimentos sociais, igrejas e associações.
3. Fortalecimento e qualificação das ações de vigilância no SUS para proteger as pessoas contra os riscos de adoecimento e morte e situações que ameaçam a vida e à saúde.
4. Fortalecimento das políticas de prevenção e promoção da saúde, priorizando a Rede de Primária à Saúde.
5. Qualificação das ações de regulação do sistema - regulação assistencial e garantia do acesso.
6. Ampliar e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito de uma Política Estadual, que viabilize o acesso oportuno aos medicamentos e estimule o uso racional destes.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 01: Fortalecer a saúde materna e na infância com vistas à redução das taxas de mortalidade.

META	INDICADOR
OE01M1.1. Reduzir, em 6,5% ao ano, a taxa de mortalidade materna a menos de 70 óbitos por 100.000 nascidos vivos.	Taxa de redução de mortalidade materna por 100.000 NV.
OE01M1.2. Reduzir, em 5% ao ano, a taxa de mortalidade infantil para menos de 12 por 1.000 nascidos vivos.	Taxa de redução de mortalidade infantil.
OE01M1.3. Reduzir 0,5% ao ano da proporção de gravidez na adolescência.	% de redução da proporção de gravidez na adolescência.
OE01M1.4. Reduzir em 10% ao ano o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Taxa de redução de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.
OE01M1.5. Reduzir em 5% ao ano o número de casos novos de Sífilis Congênita.	Taxa de redução de novos casos de sífilis congênita.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 02: Minimizar as mortes e adoecimento por causas evitáveis e condições imunopreveníveis.

META	INDICADOR
OE02M2.1. Atingir as coberturas vacinais preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização para crianças menores de 02 anos em 90% do conjunto de vacinas.	% de coberturas vacinais alcançadas de acordo com as metas ministeriais.
OE02M2.2. Reequipar 100% da rede de frio estadual no nível central e regional de acordo com o manual nacional da rede de frio.	% de rede de frio central e regional reequipada.
OE02M2.3. Atingir 90% de cobertura vacinal para HPV na faixa etária feminina de 15 a 17 anos ao fim de 4 anos.	% de cobertura vacinal HPV na faixa etária de 15 a 17 anos.
OE02M2.4. Reduzir a taxa de mortalidade em 2% ao ano dos agravos e doenças endêmicas e emergentes no RN	Taxa de redução de mortalidade por doença negligenciada.

OE02M2.5. Aumentar para 80% a proporção de casos de doenças de notificação compulsórias imediatos encerrados em até 60 dias.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsórias imediatas (DNCI) encerradas em até 60 dias.
--	---

OBJETIVO ESTRATÉGICO 03: Promover o acesso da população à vida saudável, por meio da implantação do Programa RN + Saudável.

META	INDICADOR
OE03M3.1. Alcançar o acompanhamento de 80% dos beneficiários do Programa Bolsa Família no perfil saúde, a cada vigência.	% de beneficiários da bolsa família acompanhados a cada vigência.
OE03M3.2. Aumentar de 40% para 60% o número de crianças amamentadas em aleitamento materno exclusivo.	% de crianças menos de 6 meses em aleitamento materno exclusivo.
OE03M3.3. Reduzir em 2%, em 4 anos, o índice de sobrepeso e obesidade nas faixas etárias 0 a 5 e de 5 a 10 anos no RN.	Proporção de crianças menores de 0 a 5 anos com IMC de sobrepeso e obesidade e proporção de crianças de 5 a 10 anos.
OE03M3.4. Ampliar em 95 para 167 o número de municípios que pactuaram a linha de cuidado do paciente com sobrepeso e obesidade no RN.	Número de Municípios com a linha de cuidado pactuada.
OE03M3.5. Fomentar a adesão de 90% dos municípios ao Programa RN + Saudável.	% de municípios que aderiram ao Programa RN + Saudável.
OE03M3.6. Ampliar para 100% o percentual de municípios notificadores de violência interpessoal.	Percentual de municípios notificadores de casos de violência.
OE03M3.7. Reduzir a mortalidade por causas externas em 2% ao ano	Taxa de redução de mortalidade por causas externas
OE03M3.8. Reduzir em 20% o número de óbitos por acidentes de trânsito.	Percentual de redução de óbitos por

	acidentes de trânsito.
OE03M3.9. Implementar nas 8 Regiões de Saúde ações de promoção da equidade em saúde às populações em situação de vulnerabilidade de forma integrada, fortalecendo as políticas de atenção integral à saúde – Negros, quilombolas, indígenas, LGBT, dos Campos e Águas, em situação de rua, ciganos e povos de matrizes africanas.	% de Regiões do Estado do RN inseridas em ações voltadas ao combate às violências e preconceitos dessas populações.
OE03M3.10. Fortalecer em 06 ações/ano as estratégias de comunicação e educação em saúde que dialoguem com as diversas mídias e educação popular com ênfase na promoção à saúde.	Número de ações realizadas (1 por bimestre).
OE03M3.11. Ampliar em 80% ações da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos Municípios do RN.	% de municípios com ações de PICS implementadas.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 04: Implantar o plano de qualificação de Vigilância em Saúde no RN.

META	INDICADOR
OE04M4.1. Reduzir a taxa de mortalidade, em 0,5% ao ano, das principais doenças crônicas não transmissíveis em menores de 70 anos.	Taxa de redução da mortalidade das principais doenças crônicas não transmissíveis em menores de 70 anos.
OE04M4.2. Constituir ou reconstituir equipes de vigilância em saúde (Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e Trabalhador) em 100% no âmbito da SESAP (nível central e regional).	Percentual de equipes constituídas ou reconstituídas na vigilância em saúde (Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e Trabalhador) no âmbito central e regional.
OE04M4.3. Elaborar e publicar 4 planos de contingência e protocolos de atuação para o enfrentamento e resposta a emergências em Saúde Pública.	Número de planos publicados.
OE04M4.4. Garantir as ações de vigilância em saúde e assistência à população exposta ao risco ou infectada pelo Novo Coronavírus (COVID-19), em 100% das Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte.	% de regiões de saúde contempladas com ações de vigilância em saúde e assistência à

	população exposta ou infectada pelo Coronavírus
OE04M4.5. Fomentar a adesão ao plano de qualificação da vigilância em saúde de 75% dos municípios do Rio Grande do Norte.	% de municípios com o Plano de Qualificação das Vigilâncias em Saúde implementado.
OE04M4.6. Executar as ações de Vigilância Sanitária, garantindo a qualidade dos produtos, serviços e ambientes e sua adequação às normas sanitárias em 100% dos municípios sob responsabilidade da gestão Estadual.	% de ações executadas.
OE04M4.7. Coordenar a implantação/implementação de 100% de núcleos de segurança do paciente cadastrados, protocolos de segurança do paciente, notificação de incidentes não infecciosos e infecciosos nos serviços de saúde de maior complexidade da rede de atenção à saúde incluindo APS, pela Vigilância Sanitária Estadual.	% das metas estabelecidas na PAS cumpridas.
OE04M4.8. Revisar e atualizar 100% da legislação sanitária do Estado.	% de legislação sanitária revisada.
OE04M4.9. Incrementar de 7,78% para 56,2% de municípios que atingem pelo menos metade do quantitativo dos indicadores previstos no PQA-VS, de forma regionalizada.	% de municípios que atingiram pelo menos método dos quantitativos dos indicadores do PQA-VS.
	% de municípios que atingiram pelo menos método dos quantitativos dos indicadores do PQA-VS por região de saúde.
OE04M4.10. Fomentar a implantação/implementação de ações da Política de Saúde do Trabalhador no Estado e em 100% dos municípios.	% de ações nos Municípios.
OE04M4.11. Melhorar em 50% o tempo de resposta do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO-Natal) no que tange à vigilância em saúde.	% de redução do tempo de resposta do SVO.
OE04M4.12. Melhorar a qualidade e agilidade da resposta diagnóstica do SVO-Natal através da	Construção e reaparelhamento de

construção e reaparelhamento de nova sede	sede.
OE04M4.13. Assegurar o custeio necessário às ações do SVO-Natal-(R\$ 540.000,00).	% das ações planejadas.
OE04M4.14. Implementar quatro (4) soluções estratégicas para qualificação das informações de interesse da vigilância por meio da informatização, no âmbito da SESAP.	Número de soluções estratégicas implementadas no âmbito da SESAP.
OE04M4.15. Elaborar um plano de ação para fortalecer à Vigilância de Zoonoses em 100% das Regiões do RN.	% de regiões com tema discutido.
OE04M4.16. Ampliar de 25% para 40% as análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliforme total, cloro residual e turbidez.	Percentual de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros - Coliformes totais (CT), Cloro residual livre (CRL) e Turbidez (T) .
OE04M4.17. Otimizar em 50% o tempo de resposta de apoio diagnóstico dos laboratórios de saúde pública.	% de tempo resposta do apoio diagnóstico.
OE04M4.18. Reaparelhar 100% do LACEN.	% de reaparelhamento.
OE04M4.19. Construir nova sede do LACEN.	Sede construída.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 05: Ampliar e Fortalecer as redes de atenção nas regiões de saúde, com vistas a garantir o acesso integral, humanizado e resolutivo na Atenção Primária à Saúde, na atenção especializada, ambulatorial e hospitalar existente nos territórios.

META	INDICADOR
OE05M5.1. Expandir em 50% os pontos de atenção (CAPS, residência terapêutica, unidade de acolhimento, leitos de saúde mental em hospital geral) considerando as Regiões de Saúde.	% dos pontos de atenção da RAPS (CAPS, RST, UA e Leitos)

	implantados.
OE05M5.2. Reduzir em 12% ao ano a taxa de reinternação psiquiátrica.	Taxa de reinternação ao ano.
OE05M5.3. Ampliar de 61% para 100% o número de CAPS com ações mensais de matriciamento da Atenção Primária à Saúde.	% CAPS com ações de matriciamento mensais em um período de 12 meses.
OE05M5.4. Aprovar 3 Planos de Ação Regionais de redes temáticas prioritárias nas 8 Regiões de Saúde.	Nº de planos de redes temáticas aprovados por região de saúde.
OE05M5.5. Reduzir de 64,2% para 60% a taxa de cesárea no âmbito da rede materno infantil no SUS.	% de redução da taxa de cesárea.
OE05M5.6. Implantar/Implementar 70% das ações propostas no Plano Estadual de Redução da Mortalidade Materna e na Infância nas 8 regiões de saúde.	% de ações propostas.
OE05M5.7. Expandir em 50% a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do RN.	% da rede de RCSPD expandida.
OE05M5.8. Ampliar de 30% para 100% o acesso ao fornecimento e serviço de órtese/prótese ortopédica e meios auxiliares de locomoção não relacionados ao ato cirúrgico, de forma regionalizada.	% de usuários atendidos na região de saúde por usuários cadastrados na região.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 06: Implantar e implementar a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde - APS, na perspectiva de qualificar e aumentar a efetividade e a resolutividade.

META	INDICADOR
OE06M6.1. Reduzir em 5% a Taxa de incidência de três agravos índice (tuberculose, sífilis e dermatoses) no sistema prisional.	Taxa de incidência de tuberculose, sífilis e dermatoses no sistema prisional.
OE06M6.2. Apoiar a expansão e qualificação da APS, através de cofinanciamento a 100% dos municípios, de acordo com critérios da Política Estadual da Atenção Primária à Saúde, com vistas à	% de municípios com recursos estaduais destinados à APS ano;

redução de encaminhamentos e do índice de internações sensíveis à APS.	% de redução de ICSAB; % de redução de encaminhamentos .
OE06M6.3. Promover o cuidado integral da população, possibilitando e cadastramento de instâncias de segurança do paciente nos quatro Municípios acima de 100 mil habitantes no estado do RN, prevenindo e reduzindo a incidência de eventos adversos, considerando as redes de atenção à saúde.	% de Municípios acima de 100mil habitantes, IMSP implantados no RN em .

OBJETIVO ESTRATÉGICO 07: Fortalecer a Política de Saúde Bucal, estimulando os municípios à ampliação da oferta dos serviços em todos os níveis de complexidade.

META	INDICADOR
OE07M7.1. Reduzir em 5% a proporção de exodontia sobre os demais procedimentos em Saúde Bucal.	% de Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal.
OE07M7.2. Fomentar a implantação de 4 CEO Regionais Consorciados.	Número de CEO implantados.
OE07M7.3. Reduzir em 20% os encaminhamentos das pessoas portadoras de fissura lábio palatina via Tratamento Fora do Domicílio-TFD.	% de redução de encaminhamentos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 08: Estruturar um sistema unificado de regulação obedecendo aos princípios da equidade.

META	INDICADOR
OE08M8.1. Implantar 02 Centrais Regionais de Regulação assegurando recursos humanos, estrutura física e tecnológica necessária, por meio de consórcio regional e/ou instrumentos de contratualização.	Número de Centrais Regionais de Regulação Implantadas.
OE08M8.2. Implantar uma (1) Subcoordenadoria de Regulação, Controle e Avaliação dos serviços de saúde com cargos e complexos reguladores fortalecidos.	Coordenadoria Implantada com complexos reguladores fortalecidos.

OE08M8.3. Realizar manutenção mensal de 06 complexos reguladores no CER/SESAP /RN.	Número de manutenções realizadas com recursos de custeio da Central Metropolitana de Regulação, Central de Transplantes, CEATOX (percentual na Vigilância) .
OE08M8.4. Ampliar a oferta de exames de alta complexidade nas tomografias e ressonâncias em 60%.	% de oferta de exames de alta complexidade ampliada.
OE08M8.5. Aumentar a captação de doadores para 14pmp (por 1 milhão de população ano por meio do fortalecimento e manutenção das ações da Central Estadual de Transplantes.	% de aumento de doadores órgãos por milhão de habitantes.
OE08M8.6. Implantar 01 Serviço de transplante de Coração no RN.	Número de Serviço Implantado.
OE08M8.7. Implantar 01 Serviço de transplante de Fígado no RN.	Número de Serviço Implantado.
OE08M8.8. Implantar 01 Serviço de Organização de Procura de Órgãos (OPO) em Mossoró.	Número de Serviço de OPO implantada.
OE08M8.9. Efetivar pactuação interestadual com 03 Estados para transplantes e benefício do Tratamento Fora do Domicílio	Pactuações Interestaduais efetivadas.
OE08M8.10. Trasladar 100% dos Usuários que forem a óbito durante Tratamento fora de seu domicílio, que tenham sido regulados da SESAP.	% de usuários transladados.
OE08M8.11. Regular 100% dos atendidos aos usuários que necessitem de Assistência Fora de Domicílio.	% de atendimentos regulados.
OE08M8.12. Ampliar a cobertura do SAMU 192 RN visando atingir 80% do território sob responsabilidade do SAMU 192 RN.	% da cobertura do SAMU RN 192 ampliada no RN.
OE08M8.13. Implantar 1 Central de Transporte Sanitário intermunicipal e Interestadual.	Central de transporte sanitário intermunicipal e interestadual implantada.

OE08M8.14. Ampliação do porte da Central de Regulação de urgência e emergência.	Porte da Central de Regulação de urgência e emergência ampliado.
OE08M8.15. Prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas ao SAMU.	% de municípios beneficiados com recurso de contrapartida estadual para o SAMU.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 09: Ampliar e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito de uma Política Estadual, que viabilize o acesso oportuno aos medicamentos e estimule o uso racional destes

META	INDICADOR
OE09M9.1. Ampliar em 100% o componente especializado nas regiões de saúde.	% de ampliação do componente especializado por região de saúde.
OE09M9.2. Expandir em 100% o Sistema Hórus para todas as regiões de saúde, por meio da capacitação dos gestores e profissionais para o gerenciamento e execução do sistema.	% de regiões de saúde com gestores capacitados.
OE09M9.3. Instituir a coordenação da Política de Assistência Farmacêutica no âmbito do Estado.	Coordenação implantada no organograma.
OE09M9.4. Prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica.	% de municípios beneficiados com recurso de contrapartida estadual para Assistência Farmacêutica Básica
OE09M9.5. Qualificar as ações do Ciclo da Assistência Farmacêutica, orientado pelas Políticas de Assistência à Saúde do SUS, buscando ampliar e qualificar o acesso e o uso racional de medicamentos.	% de municípios qualificados quanto ao ciclo logístico de gestão de assistência farmacêutica.
OE09M9.6. Atualizar a relação estadual de medicamentos, de uso hospitalar, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado.	% de atualização da relação Estadual de Medicamentos de uso

	Hospitalar elaborada.
OE09M9.7. Apoiar os municípios na construção das Relações Municipais de Medicamentos (REMUNE), com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico dos municípios.	% de municípios com a RENAME formulada.

EIXO 02: OPERACIONALIZAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS COMPLEMENTARES.

- DIRETRIZES ASSOCIADAS:

1. Reestruturação da Rede Hospitalar, com vistas a readequar ao desenho de Rede.
2. Reorganização da Rede de Atenção Especializada e inserção desses serviços nas Redes de Atenção do SUS.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 10: Melhorar padrões sanitários, infraestrutura física, parque tecnológico e serviços da HEMORREDE

META	INDICADOR
OE10M10.1. Suprir em 100% toda a demanda do SUS relacionadas à HEMOTERAPIA.	% da demanda de hemoterapia suprida.
OE10M10.2. Aumentar em 6% as doações de sangue.	% de doadores de sangue.
10M10.3. Ampliar de 40% para 50% as doações de sangue através de demanda espontânea.	% de doação de sangue por demanda espontânea.
OE10M10.4. Adequar 100% a estrutura física e tecnológica da HEMORREDE.	% de estrutura física e tecnológica da HEMORREDE adequada.
OE10M10.5. Reduzir em 6% as devoluções de Hemocomponentes dos serviços de saúde.	% de serviços com redução de devolução de Hemocomponentes.
OE10M10.6 Qualificar 100% da HEMORREDE nas boas práticas da hemoterapia e hematologia.	% de boas práticas da hemoterapia

	qualificada.
--	--------------

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11: Ampliar os serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva de forma regionalizada

META	INDICADOR
OE11M11.1. Ampliar o cadastro dos Núcleos de Segurança do Paciente em estabelecimentos de assistência hospitalar para 100% dos hospitais da rede estadual e Centros Especializados em Reabilitação (CER).	% dos hospitais da rede estadual com NSP cadastrados na ANVISA.
OE11M11.2. Ampliar a implantação dos planos de segurança hospitalares para 100% dos hospitais da rede estadual e Centros Especializados em Reabilitação (CER).	% dos hospitais da rede estadual com planos de segurança implantados.
OE11M11.3. Elaborar e disponibilizar para uso quatro (4) protocolos de Segurança do Paciente para rede estadual SESAP/RN, baseados nos protocolos ministeriais.	Número de protocolos de SP elaborados e disponibilizados para a rede SESAP/RN.
OE10M11.4. Garantir 100% do Custeio do Laboratório de Anatomo-histo citopatológico.	Custeio garantido em 100%.
OE10M11.5. Garantir 100% do custeio do Hospital Regional da Mulher	Custeio garantido em 100%.
OE10M11.6. Garantir em 100% a operacionalização dos serviços laboratoriais, hospitalares e unidades de referência.	Custeio garantido em 100%.
OE10M11.7. Ampliar e qualificar a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do RN, através da habilitação ministerial de 7 Centros Especializados em Reabilitação (CER), nas modalidades auditiva, física/ostomia, intelectual e visual.	Nº de Centros Especializados em Reabilitação (CER) habilitados conforme modalidades aprovadas.
OE10M11.8. Habilitar 1 CER/RN como serviço de referência na linha de cuidado de doenças raras.	Número de CER habilitado.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 12: Reestruturar e operacionalizar a Rede de Atenção à Saúde

META	INDICADOR
OE12M12.1. Ampliar a oferta de 31 leitos de UTI SUS em hospitais públicos, atendendo a substituição dos leitos da rede privada.	Número de leitos de UTI implantados.
OE12M12.2. Ampliar a oferta de 40 leitos de UTI SUS em hospitais públicos.	Número de leitos de UTI implantados.
OE12M12.3. Instituir contrato de gestão entre com 100% dos serviços hospitalares sob gerência Estadual.	% de unidades hospitalares com contratados de gestão.
OE12M12.4. Monitorar e avaliar 100% dos instrumentos de contratualização dos serviços hospitalares e unidades de referência sobre a gerência da SESAP	% de unidades contratualizadas em relação ao % de unidades existentes.
OE12M12.5. Implantar (Habilitar e qualificar) 50 leitos de UTI para suprir a necessidade da Rede de Atenção à Saúde loco-regional.	Números de leitos implantados.
OE12M12.6. Colocar em funcionamento 71 leitos de UTI novos construídos.	Números de leitos construídos.
OE12M12.7. Analisar 100% dos leitos hospitalares sob gerência da SESAP com vista a implantação e habilitação para Cuidados Prolongados.	% de leitos implantados/habilitados.
OE12M12.8. Definir o perfil de 100% das unidades hospitalares da rede estadual, com vistas à otimização dos serviços.	% de unidades com perfil de leito de cuidado prolongado definido.
OE12M12.9. Implantação de oito (8) Policlínicas Regionais, em parceria com os municípios das regiões de saúde.	Número de Policlínicas Regionais implantadas.
OE12M12.10. Apoiar os municípios na expansão de 10% dos Serviços de Atenção Domiciliar.	% de cobertura do Serviço de Atenção Domiciliar no Estado.
OE12M12.11. Assegurar a operacionalização de 100% das unidades hospitalares e de referência sob	% de unidades hospitalares

gerência estadual.	operacionalizadas.
OE12M12.12. Reestruturar 100% das atividades da COHUR.	% de atividades da COHUR reestruturadas.
OE12M12.13. Manter 100% dos Recursos MAC destinados via Portaria GM/MS nº 1.561, de 17 de Junho de 2010 - para o CUESTEIO do Programa de Telemedicina. Desonerar do MAC Geral SESAP para o programa.	% execução do custeio.
OE12M12.14. Ampliar em oito (8) variantes assistenciais, os serviços de telemedicina no Estado.	Número de variantes assistenciais dos serviços de telemedicina implantado.
OE12M12.15. 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.	% de unidades hospitalares ampliadas, construídas e reestruturadas.
OE12M12.16. Implantar o Programa de Cirurgias Eletivas no âmbito do Estado do RN.	nº de programa implantado.
OE12M12.17. Prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas as UPAS.	% de municípios beneficiados com recurso de contrapartida estadual para as UPAS.

EIXO 03: GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

- DIRETRIZES ASSOCIADAS:

1. Criar uma política de desenvolvimento científico e tecnológico do SUS-RN, em parceria com as Universidades e os Institutos Federais, com apoio dos órgãos nacionais de fomento, e a cooperação dos organismos internacionais.
2. Fortalecer a Gestão do Trabalho, instituindo uma política de pessoal que valorize os profissionais de saúde e instaure processos de participação com responsabilização com o desenvolvimento de uma rede estadual de educação permanente, envolvendo as

universidades e instituições públicas de ensino em saúde, com ofertas que propiciem a capacidade de intervenção desses profissionais no atendimento das necessidades de saúde da população.

3. 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 13: Promover a Educação Permanente e Profissional em Saúde.

META	INDICADOR
OE13M13.1. Revisar 100% do Plano de Cargos, Carreira e Remuneração da SESAP/RN e propor alteração e revisão de afastamentos que podem fazer avaliação de desempenho; discussão sobre carreira vertical e gratificações por qualificações.	% de Plano revisado.
OE13M13.2. Criar a Escola Estadual de Saúde Pública, com vistas a ampliação e fortalecimento da Educação Permanente em Saúde.	Escola criada.
OE13M13.3. Implantar a Rede de Educação permanente no âmbito do Estado.	Número de Rede implantada.
OE13M13.4. Garantir ações de educação permanente e educação profissional para as equipes das Redes de Atenção à Saúde conforme necessidades e participação em eventos, atingindo pelo menos 30% dos servidores estaduais por ano.	% de profissionais capacitados por ano.
OE13M13.5. Implantar e/ou reativar as Comissões Integração Ensino Serviço (CIES) nas 08 das Regiões de Saúde.	Número de regiões de saúde com CIES implantadas.
OE13M13.6. Implantar os Núcleos Regionais de Educação Permanente em Saúde (NuREPS) nas 06 Unidades Regionais de Saúde Pública.	Número de NuREPS implantados por URSAP.
OE13M13.7. Implantar Residência Multiprofissional no âmbito da SESAP.	Residência Implantada.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 14: Fortalecer as políticas de gestão e da regulação do trabalho.

META	INDICADOR
OE14M2.1. Prover 3 mil vagas através de concurso público, com ênfase na gestão e atenção integral à saúde.	Nº de convocados por ano.
OE14M2.2. Integrar e desenvolver 100% sistemas já existentes para as atividades relativas ao dimensionamento da força de trabalho; educação permanente; documentação e cadastros; controle de vacâncias e aprovações em concurso público; controle de gratificações e folha de pessoal.	% dos sistemas integrados por ano.
OE14M2.3. Garantir o aperfeiçoamento de 100% da regulação do trabalho sobre dimensionamento e controle de pessoal nos serviços de saúde, Mesa de Negociação Permanente do SUS e Avaliação de Desempenho.	% de processos aperfeiçoados.
OE14M2.4. Aperfeiçoar as ferramentas de controle de frequência dos servidores em 100% das unidades SESAP.	% de unidades SESAP com ferramentas de georeferenciamento e biometria implantadas (e/ou reconhecimento facial).
OE14M2.5. Aperfeiçoar a ferramenta de avaliação de desempenho, com alteração no sistema, a partir do mapeamento de competências, alcançando 50% das unidades.	% de unidades com ferramenta atualizadas.
OE14M2.6. Integrar 100% das ferramentas e subsistemas de gestão do trabalho.	% de ferramentas e subsistemas integrados por ano.
OE14M2.7. Revisão da Lei de Produtividade com criação de novos critérios e parâmetros.	Lei revisada.
OE14M2.8. Implementar e fortalecer em 100% das unidades estratégicas da SESAP/RN os Núcleo de Atenção à Segurança e Saúde do Trabalhador (NASST) conforme Portaria nº 136/GS/ SESAP de 22 de maio de 2018, contribuindo para um ambiente de trabalho saudável.	% de NASST implementados por ano.
OE14M2.9. Construir e implementar programas de segurança do trabalho em 45 unidades da SESAP/RN	Construir e implementar programas de segurança do trabalho em 45

	unidades da SESAP/RN.
OE14M2.10. Implementar e garantir a operacionalização do Programa de Qualidade de Vida no âmbito da SESAP em 100% das Unidades, de acordo com a Política Estadual de Qualidade de Vida do Rio Grande do Norte.	% de unidades com PQV implementado.
OE14M2.11. Realizar 100% a digitalização dos arquivos institucionais.	% de arquivos institucionais digitalizados.
OE14M2.12. Rever o organograma da SESAP com vistas às adequações das demandas do SUS.	Organograma publicado.
OE14M2.13. Implementar e fortalecer o apoio institucional em 100% das Unidades acerca dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização.	% de Unidades com apoio institucional da PNH

OBJETIVO ESTRATÉGICO 15: Criar uma política de desenvolvimento científico e tecnológico do SUS-RN, em parceria com as Universidades e os Institutos Federais, com apoio dos órgãos nacionais de fomento, e a cooperação dos organismos internacionais.

META	INDICADOR
OE15M15.1. Implementar o Núcleo de Ciências e Tecnologia/SUCA/CRH no primeiro trimestre de 2020.	Núcleo em funcionamento efetivo com pessoal responsável lotado/designado.
OE15M15.2. Instituir uma política de desenvolvimento científico e tecnológico do SUS/RN.	Política apresentada e aprovada nas instâncias colegiadas do SUS/RN.
OE15M15.3. Instituir Programa de pesquisa para o SUS, em temas prioritários para a saúde, que promovam o desenvolvimento científico e tecnológico.	Programa Instituído.

EIXO 04: DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL E GESTÃO ESTRATÉGICA PARTICIPATIVA

- DIRETRIZES ASSOCIADAS:

1. Promoção da Regionalização do SUS, com vistas ao fortalecimento da governança interfederativa – Regionalização Cooperativa e Solidária.
2. Institucionalização do apoio institucional, nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização.
3. Incorporação e coordenação de iniciativas e ações intersetoriais desenvolvidas em conjunto com Universidades, Municípios, 4. órgãos governamentais, organização produtivas, sindicatos, movimentos sociais, igrejas e associações.
4. Coordenar o processo de planejamento, gestão e orçamento no âmbito do SUS.
5. Organização, administração, conhecimento e financiamento em saúde.
6. Incremento das Ações de Gestão Estratégica e Participativa (Ouvidoria, Controle Social).
7. Implementar a avaliação, controle e auditoria do SUS.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 16: Aprimorar práticas de planejamento e gestão no SUS estadual, assentada na regionalização, com ênfase nas práticas democráticas e participativas.

META	INDICADOR
OE16M16.1. Instituir três projetos de intervenção para apoio a gestão no âmbito Regional, Municipal e Estadual.	Número de projetos implantados.
OE16M16.2 Realizar estudos e pesquisas em quatro (4) linhas, sobre inovação em saúde para processos de tomada de decisão no âmbito estadual/regional (Vigilância em Saúde e Promoção em Saúde, Regionalização e redes de atenção, Aprimoramento dos processos e práticas de gestão, e implantação da Política Estadual de Atenção Primária).	Número de linhas de estudo e pesquisa implantado.

OE16M16.3 Implantar um (1) painel de monitoramento da Gestão Estadual.	Número de painel implantado.
OE16M16.4 Estimular a utilização e integração dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, para melhorar a qualidade das políticas públicas de saúde no Estado com ênfase no território da Região de Saúde, garantindo racionalidade ao processo de tomada de decisão.	% de municípios com instrumentos de planejamento e gestão elaborados.
OE16M16.5 Estruturar e regulamentar a gestão colegiada em 100% do Nível central, regionais e serviços sob gerência da SESAP.	% de colegiados gestores implantados em relação ao % de unidades existentes.
OE16M16.6 Implantar o Projeto Planificação da Atenção à Saúde - PlanificaSUS.	Número de regiões de saúde com Projeto implantado.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 17: Coordenar o processo de planejamento, gestão e orçamento no âmbito do SUS.

META	INDICADOR
OE17M17.1. Coordenar a implementação do Planejamento Regional Integrado nas 08 regiões de saúde, considerando as conformações macrorregionais.	Número de regiões de saúde com Plano Regional aprovado.
OE17M17.2. Coordenar o processo de elaboração do orçamento anual, em parceria com a Coordenação Orçamentária Financeira, bem como monitorar e avaliar.	% de instrumentos de gestão (PPA, LOA, PES e PAS) monitorados e avaliados anualmente.
OE17M17.3. Atuar para reverter o subfinanciamento do SUS, instituindo a autonomia na gestão do Fundo Estadual de Saúde, buscando aumentar a alocação de recursos da união, e melhorando a destinação e a utilização eficiente dos recursos estaduais e municipais (via consórcios) no fortalecimento da rede pública.	Lei do Fundo Estadual de Saúde atualizada e aprovada.
OE17M17.4. Implantar uma política de consórcios, de base regional, que assegure uma integração de recursos (União, Governo do Estado e Municípios) na organização e gestão das ações de saúde em cada região, com racionalização na utilização dos recursos, melhoria da eficácia/eficiência/efetividade do sistema.	% de regiões com consórcios instituídos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 18: Promover a modernização da rede estadual de saúde, por meio de soluções de infraestrutura física e tecnológica no ambiente da Saúde.

META	INDICADOR
OE18M18.1. Promover a modernização em 50% da rede, por meio de soluções de informática no ambiente da Saúde, incluindo aquisição e manutenções do parque tecnológico.	% da rede modernizada.
OE18M18.2. Desenvolver/adquirir cinco (5) soluções de sistemas (sala de situação, Regulação, Sistema de gerenciamento hospitalar, S-cod Judicialização e ponto eletrônico) que garantam melhoria nos processos de trabalho de bens e serviços da Saúde.	Número de sistemas desenvolvidos.
OE18M18.3. Implantar internet em 100% de alta qualidade nas unidades de referência da SESAP.	% de serviços de referência com internet implantada.
OE18M18.4. Realizar manutenção preventiva e corretiva da estrutura física nas unidades administrativas da rede estadual de saúde	Nº de unidades com manutenções preventivas e/ou manutenções corretivas realizadas
OE18M18.5. Realizar manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da rede estadual de saúde.	Nº de manutenções preventivas e manutenções corretivas realizadas por tipo de equipamento
OE18M18.6. Garantir insumos (expediente/limpeza) para as unidades da rede estadual de saúde	Nº de insumos adquiridos por tipo
OE18M18.7. Garantir apoio logístico com vistas a manutenção das ações das unidades da rede estadual de saúde e da SESAP/RN	Nº de unidades com apoio logístico garantido

OBJETIVO ESTRATÉGICO 19: Fortalecer as práticas de Controle Social no Sistema Único de Saúde.

META	INDICADOR
OE19M19.1. Apoiar em 100% os Conselhos de Saúde, estadual e municipal, na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos, financeiros e de pessoal.	Garantir em 100% o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde com as condições da estrutura física, insumos, assessorias técnicas, administrativas e Recursos Humanos.
OE19M19.2. Garantir em 100% a realização das Conferências de Saúde reconhecendo seu papel na avaliação da situação de saúde e na proposição das diretrizes para a formulação da política de saúde.	% de Conferências realizadas em relação ao programado.
OE19M19.3. Estimular e apoiar em 100% os Conselhos de Saúde Estadual e Municipais na articulação para a criação dos Fóruns Regionais de Saúde e Conselhos Locais de Saúde.	% de regiões de saúde com Fóruns Regionais criados % de municípios com Conselhos Locais de Saúde.
OE19M19.4. Implantar Ouvidorias do SUS em 100% das Unidades de saúde ligadas à SESAP.	% das sub-redes de ouvidorias ligadas à SESAP implantadas.
OE19M19.5. Implantar Ouvidorias do SUS nos 13 (treze) Municípios que aderiram ao Plano de Ação por meio do Programa Promove SUS.	% de municípios com Ouvidoria SUS implantadas.
OE19M19.6. Capacitar 100% das Ouvidorias que utilizam o Sistema OUVIDORSUS com eventos relacionados à atualização do mesmo.	% de ouvidorias qualificadas.
OE19M19.7. Instituir a Ouvidoria SUS no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte.	Instituir a Ouvidoria SUS.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 20: 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.

META	INDICADOR
OE20M20.1 Instituir no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte as Atribuições, Processos e Procedimentos do Sistema Estadual de Auditoria.	Atribuições, Processos e Procedimentos Instituídos.
OE20M20.3 Normatizar os fluxos e processos de trabalho da Auditoria.	Processo de Trabalho da Auditoria Normatizado.
OE20M20.4 Qualificar 50% dos Auditores e Servidores que compõem a equipe de auditoria da SESAP de forma a adequá-los à nova realidade.	% de Auditores e Servidores Qualificados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Norte. Deliberação nº 1463/18 CIB/RN. Natal, RN. 22 jun. Edição nº 14.198. 2018.

BRASIL. Diário Oficial da União. Resolução CIT nº 37/18. Brasília. DF. 26 mar. Nº 58, Seção 1, pág. 135. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS/GM nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância Ambiental. Disponível em <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-ambiental>

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS/GM nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017.

_____. Ministério da Saúde. Mudanças climáticas e ambientais e seus efeitos na saúde: cenários e incertezas para o Brasil. Brasília DF: OPAS. 2008. 44p.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Manchas de Óleo Litoral Brasileiro. Disponível em: <https://www.ibama.gov.br/>.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria de Consolidação no. 2, Anexo XXII, 28 de setembro de 2017.

_____. Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. 40p. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>.

_____. Programa Brasil Sorridente. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>

_____. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 16p. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

_____. Rua: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, DF: MDS. 2009. 240p. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf

_____. Lei 11.350 de 5 de outubro de 2006. Disponível em <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/95383/lei-11350-06>

_____. Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html

_____. Programa Requalifica UBS. Ministério da Saúde/SAPS. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs>

_____. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2015. 157p.

_____. IDSUS. Disponível em <http://idsus.saude.gov.br/>

_____. Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013. 35p. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_suplementacao_vitamina_a.pdf

_____. Instrutivo PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 46p. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passoa_passoa_pse.pdf

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria de Consolidação no. 2, Anexo XXII, 28 de setembro de 2017.

_____. Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. 40p. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>.

_____. Programa Brasil Sorridente. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/brasil sorridente>

_____. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 16p. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

_____. Rua: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, DF: MDS. 2009. 240p. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf

_____. Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html

_____. Programa Requalifica UBS. Ministério da Saúde/SAPS. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs>

_____. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2015. 157p.

_____. IDSUS. Disponível em <http://idsus.saude.gov.br/>

_____. Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013. 35p. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_suplementacao_vitamina_a.pdf

_____. Instrutivo PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 46p. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf

_____. Lei 11.350 de 5 de outubro de 2006. Disponível em <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/95383/lei-11350-06>

_____. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília; 2020. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf. Acesso em: 21 set 2020.

BAI, Yan et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *Jama*, v. 323, n. 14, p. 1406-1407, 2020.

BINNICKER, Matthew J. Emergence of a novel coronavirus disease (COVID-19) and the importance of diagnostic testing: why partnership between clinical laboratories, public health agencies, and industry is essential to control the outbreak. *Clinical Chemistry*, v. 66, n. 5, p. 664-666, 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2016, v. 20, n. 56, pp. 261-266. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0409>. Acesso em: 09 Dez. 2020

CARVALHO, André Luis Bonifácio de *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, Abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Dez. 2020.

FEITOSA, Luciana da Costa. A regionalização da saúde no Rio Grande do Norte: elementos para a compreensão da dinâmica dos lugares. 2013. 137 f. **Dissertação de Mestrado** [Mestrado em Dinâmica e Reestruturação do Território]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

FERNANDEZ, Michelle Vieira; GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas; SÁ, Domício Aurélio de; MEDEIROS, Kátia Rejane de; CALIARI, Rafael Vulpi. **As ouvidorias públicas na democracia brasileira: o caso das ouvidorias do SUS**. In: SÁ, Domício Aurélio de; GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas; FERNANDEZ, Michelle

Vieira; MOREIRA, Rafael da Silveira (Org.). Ouvidoria do SUS [recurso eletrônico]: a voz do cidadão e resultados de pesquisas. Recife: Ed. UFPE, 2019.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, Dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204405&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Dez. 2020.

GAUTIER, Jean-François; RAVUSSIN, Yann. A New Symptom of COVID-19: Loss of Taste and Smell. *Obesity*, v. 28, n. 5, p. 848-848, 2020.

HATCHETT, Richard J.; MECHER, Carter E.; LIPSITCH, Marc. Public health interventions and epidemic intensity during the 1918 influenza pandemic. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 104, n. 18, p. 7582-7587, 2007.

IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/panorama>.

IBGE. Estimativas da população, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/panorama>.

KLINKENBERG, Don; FRASER, Christophe; HEESTERBEEK, Hans. The effectiveness of contact tracing in emerging epidemics. *PloS one*, v. 1, n. 1, p. e12, 2006.

LEISMAN, Daniel E.; DEUTSCHMAN, Clifford S.; LEGRAND, Matthieu. Facing COVID-19 in the ICU: vascular dysfunction, thrombosis, and dysregulated inflammation. *Intensive Care Medicine*, p. 1-4, 2020.

LUCCHESI, Patrícia T. R.. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200009. Acesso em: 30 nov. 2019.

MENDES, J. D. V., OSIANO, V. L. R. L. Evolução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica – ICSAB no SUS do Estado de São Paulo. GAIS Informa. Boletim eletrônico do grupo técnico de avaliação e informações de saúde. n. 18, ano 5, jan. 2013. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage//gais-informa/gais_jornal_18.pdf

MARSHALL Thomas Humphrey. **Cidadania, classe e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, Ago. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 nov. 2019.

MENDES, J. D. V., OSIANO, V. L. R. L. Evolução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica – ICSAB no SUS do Estado de São Paulo. GAIS Informa. Boletim eletrônico do grupo técnico de avaliação e informações de saúde. n. 18, ano 5, jan. 2013. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage//gais-informa/gais_jornal_18.pdf

MERAD, Miriam; MARTIN, Jerome C. Pathological inflammation in patients with COVID-19: a key role for monocytes and macrophages. Nature Reviews Immunology, p. 1-8, 2020.

NERY FILHO, A., VALÉRIO, A. L. R., MONTEIRO, L. F. (Org.). Guia do projeto consultório de rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011. 160 p. Disponível em https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/crianca-e-adolescente/drogadicao-enfrentamento/manuais/consultorio_de_rua.pdf

NATALINO, M. C. A. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA. 2016. 36p. Disponível em http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf

PETROSILLO, Nicola et al. COVID-19, SARS and MERS: are they closely related?. Clinical Microbiology and Infection, 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Decreto 26.630 de 06 de fevereiro de 2017. Natal: DOE. n. 13.862, ano 84. 07 de fevereiro de 2017.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo novo Coronavírus. Natal, 2020. Disponível em: <http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000238528.PDF>. Acesso em: 21 set 2020.

ROTHAN, Hussin A.; BYRAREDDY, Siddappa N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Journal of autoimmunity, p. 102433, 2020.

RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos desáude no Brasil. **Divulg. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 21-43, janeiro 2007.

SOHRABI, Catrin et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). International Journal of Surgery, 2020.

STUTT, Richard OJH et al. A modelling framework to assess the likely effectiveness of facemasks in combination with 'lock-down' in managing the COVID-19 pandemic. Proceedings of the Royal Society A, v. 476, n. 2238, p. 20200376, 2020.

SOUZA, Cristina Fagundes de. *In*: VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PINHEIRO, Themis Xavier de Albuquerque. Org. **Implementação da regionalização da saúde no RN (vol. 1 e 2)**. Natal, RN: Observatório RH NESC/UFRN, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO E DA SAÚDE PÚBLICA. Plano Diretor de Regionalização – PDR. Natal/RN, 2011.

VARGAS, T. Consultório na rua: novas políticas para a população de rua. Rio de Janeiro: ENSP. 2012. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30991>

VIGNOLI Francisco Humberto; FUNCIA Francisco Rózsa. **Planejamento e Orçamento Público**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2014.

YU, Xingxia; YANG, Rongrong. COVID-19 transmission through asymptomatic carriers is a challenge to containment. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 2020.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE