



PREFEITURA MUNICIPAL DE
MAXARANGUAPE
#DesenvolverComResponsabilidade



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAXARANGUAPE - RN

2022-2025



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

MAXARANGUAPE/RN



Lealdo Pezzi Araújo

Secretário Municipal da Saúde

Maria Erenir Freitas de Lima

Prefeita

RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

Lealdo Pezzi Araújo

Secretário Municipal da Saúde

COLABORAÇÃO

Luciana Costa

Coordenadora de Atenção Básica

Fernanda Louise Alves de Carvalho

Apoiadora Institucional





1. DENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

1. Identificação	
UF: RN	
Município: MAXARANGUAPE	
1.2 Secretaria de Saúde	
Razão Social da Secretaria de Saúde	Fundo Municipal de Saúde de Maxaranguape
CNPJ	11.731.856.0001-53
Endereço da Secretaria de Saúde (logradouro, nº)	Rua Joaquim Duarte
Telefone	(84) 8750-6631
E-mail da Secretaria	smsmaxaranguape@rn.gov.br
1.3 Secretário(a) de Saúde em Exercício	
Nome	Lealdo Pezzi Araújo
Data da Posse	07/02/2017
1.4 Informações do Fundo Municipal de Saúde	
Instrumento legal de criação do FMS	Lei 600
Data	08/03/2010
CNPJ	11.731.856/0001-53
O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde?	Sim
Nome do Gestor do FMS	Lealdo Pezzi Araújo
Cargo do Gestor do FMS	Secretário Municipal de Saúde
1.5 Informações do Conselho de Saúde	
Instrumento legal de criação do CMS	Lei 190
Data	30/09/1991



Nome do Presidente do CMS	Alberto Santos Pereira Leite
Segmento	Trabalhador
Data da última eleição do Conselho	
Telefone/E-mail	99671-6110
1.6 Conferência de Saúde	
Data da última Conferência de Saúde	07/2011
1.7 Plano de Saúde	
A Secretaria de Saúde tem Plano de Saúde?	Sim
Vigência do Plano de Saúde	2018-2021
Status	Aprovado
Aprovação no Conselho de Saúde	Resolução nº Em
1.8 Plano de Carreira, Cargos e Salários	
O Município possui Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?	Não
1.9 Informações sobre regionalização	
O município pertence à Região de Saúde	Sim – 3ª Região de Saúde
O município participa de algum consórcio?	Não
O município está organizado em regiões intramunicipal?	Sim. duas



APRESENTAÇÃO

Mais que o cumprimento da formalidade a que está submetido o Gestor Público do Sistema Único de Saúde (SUS), a formatação do Plano Municipal de Saúde, e sua apresentação para toda a sociedade, constitui uma medida imprescindível para o alcance de resultados satisfatórios, que tenham, por vista, a melhoria das condições de vida dos cidadãos Maxaranguapenses, no que couber a competência da Secretaria Municipal de Saúde de Maxaranguape - RN.

O momento atual da Política Sanitária em todo o território nacional é ditado pelo Pacto pela Saúde, editado em 2006, e consolidado através dos instrumentos que lhe dão sustentação, tais como o Termo de Compromisso de Gestão e a Pactuação de Indicadores, nos quais são definidas as metas e seus respectivos indicadores de monitoramento e avaliação, imprimindo um caráter de gestão por resultados, pautada em compromissos sanitários, políticos e sociais.

Nessa perspectiva, o Plano Municipal de Saúde de Maxaranguape-RN, foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de Maxaranguape/RN, em Setembro de 2022, contendo metas para o quadriênio 2022-2025, para a devida apreciação e deliberação.

Ainda assim, este presente plano consiste num esforço institucional de buscar definir prioridades e metas essenciais à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e a efetivação do direito à saúde no Município de Maxaranguape.

Tal documento de planejamento fortalece políticas de saúde que promovem a melhora da qualidade de vida da população.



INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 é resultado direto dos compromissos assumidos pela gestão em sua proposta política, das deliberações firmadas pelos conselheiros de saúde em Plenária, aproximando-se do Plano Plurianual e Lei Orçamentária. Mais do que isso, é instrumento fundamental para a consolidação e efetivação de um sistema público de saúde.

Apresenta como base legal do Sistema Único de Saúde (SUS) disciplina a descentralização, atenção integral e participação da comunidade, como diretrizes indispensáveis para organização das ações e serviços.

Para o Planejamento em Saúde, além da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas do SUS, a Lei nº 8.080 e a 8.142/1990, são definidas normas complementares a partir de Portarias Ministeriais, dentre elas, aquelas que tratam do Planejamento em Saúde (PlanejaSUS), delineando instrumentos e métodos de trabalho.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Maxaranguape representa a declaração de intenções da Secretaria Municipal de Saúde em construir sua atuação com fundamento na atenção integral à saúde, atuando nos campos da promoção, proteção e recuperação da saúde. É imprescindível que, em seu processo de elaboração, o Plano seja participativo, com representação dos segmentos sociais e dos agentes políticos do SUS (gestores, técnicos e trabalhadores da saúde), considerando, em especial, a efetiva participação do Conselho Municipal de Saúde.

A estrutura do PMS está assim definida no corpo deste documento em dois blocos: um bloco contendo uma análise do município de Maxaranguape que inicia com o capítulo que diz respeito à Análise Situacional, diagnóstica de aspectos diversos, delineados num levantamento demográfico, sócio-econômico, epidemiológico, sanitário e ambiental. O bloco seguinte é formado pela caracterização da Atenção Integral à Saúde, no qual são apresentados indicadores situacionais típicos do Modelo de Atenção, englobando a assistência, desde o nível primário até a média e alta complexidade ambulatorial,

como também trazendo as informações relativas às ações de Vigilância em Saúde que complementam o cuidado com a população.

Em síntese, a Secretaria Municipal de Saúde, disponibiliza aqui o seu plano como instrumento de consulta obrigatória, dos que fazem a Gestão, no âmbito da Direção e do Controle Social da Política Sanitária, considerando sua relevância no cenário da cristalização e fortalecimento dos objetivos do SUS, propugnados no conteúdo deste documento.

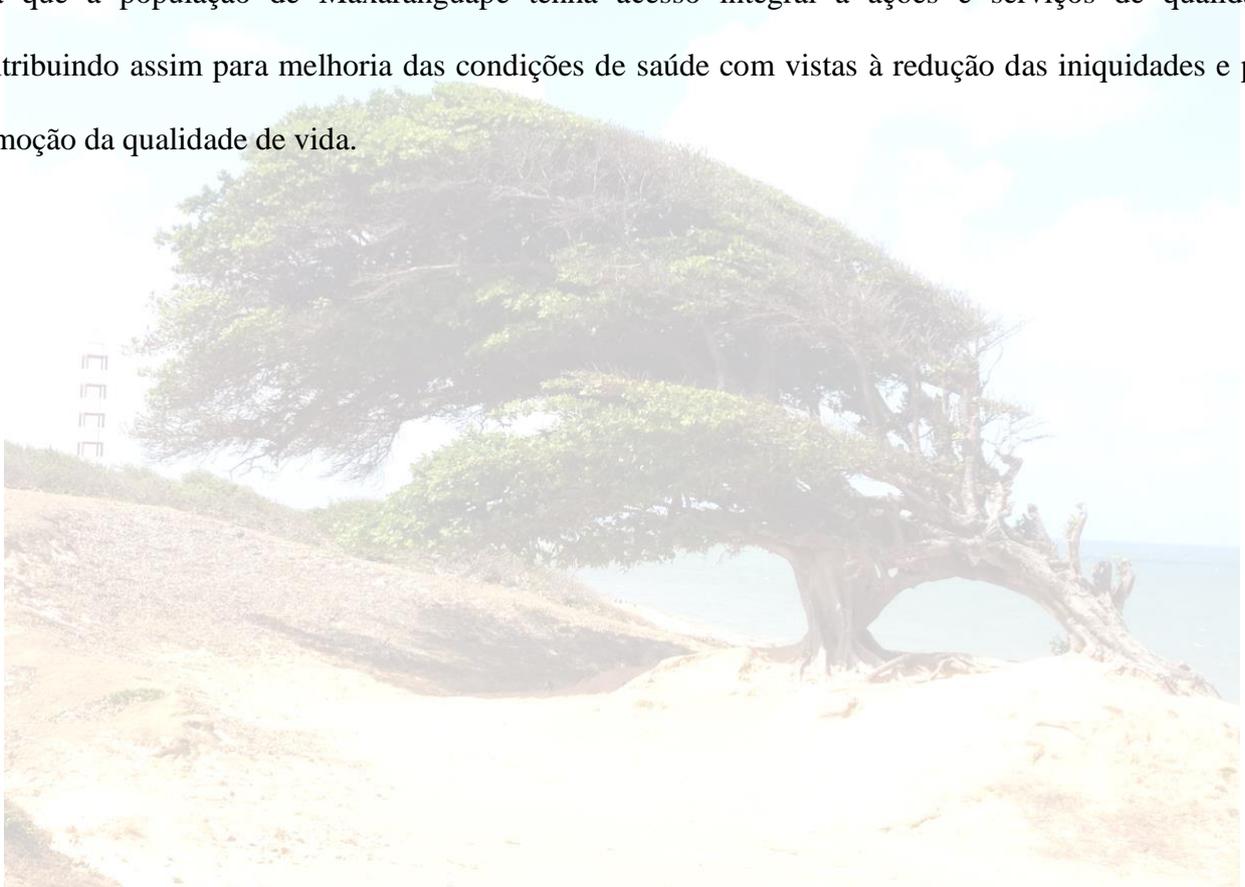




2. OBJETIVO DO PLANO MUNICIPAL

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2022-2025, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período. O principal objetivo é a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde

Sendo assim, o presente plano tem como objetivo aprimorar a assistência à saúde prestada pelo SUS para que a população de Maxaranguape tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade. Contribuindo assim para melhoria das condições de saúde com vistas à redução das iniquidades e para promoção da qualidade de vida.





3. CONTEXTO HISTÓRICO

Foi desmembrado de Touros, em 1958, mas as terras da sesmaria, existente às margens do rio Moxurungapé, foram concedidas, em 14 de setembro de 1666, ao Governador João Fernandes Vieira; representado, no ato, pelo Vigário de Natal, Padre Leonardo Tavares de Melo.

Em 1832, já existia a pequena povoação habitada por pescadores, possuindo uma capela, em honra a Nossa Senhora da Conceição; escolas e casas de veraneio dos senhores de engenho de Ceará-Mirim.

Com a grande estiagem, ocorrida nos anos de 1877 a 1879, recebeu grande número de sertanejo, que aí chegaram à procura de trabalho, atraídos pelo vale fértil, conhecido, inicialmente, por Boixununguape, banhado pelo rio Perene, que desemboca no Atlântico, no lugar chamado Barra de Maxaranguape, primeiro nome do município.

Gentílico: maxaranguapense Formação Administrativa Distrito criado com a denominação de Barra de Maxaranguape ex-povoado, pela lei estadual nº 884, de 12-11-1953, subordinado ao município de Touros. Em divisão territorial datada de 1-VII-1955, o distrito de Barra de Maxaranguape, figura no município de Touros.

Elevado à categoria de município com a denominação de Maxaranguape, pela lei estadual nº 2329, de 17-12-1958, desmembrado de Touros. Sede no atual distrito de Maxaranguape ex-povoado de Barra de Maxaranguape. Constituído do distrito sede.

Instalado em 29-01-1959 em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o município de Maxaranguape é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada 2007. Alteração toponímica distrital Barra de Maxaranguape para simplesmente Maxaranguape alterado pela lei estadual nº 2329, de 17 12-1958.

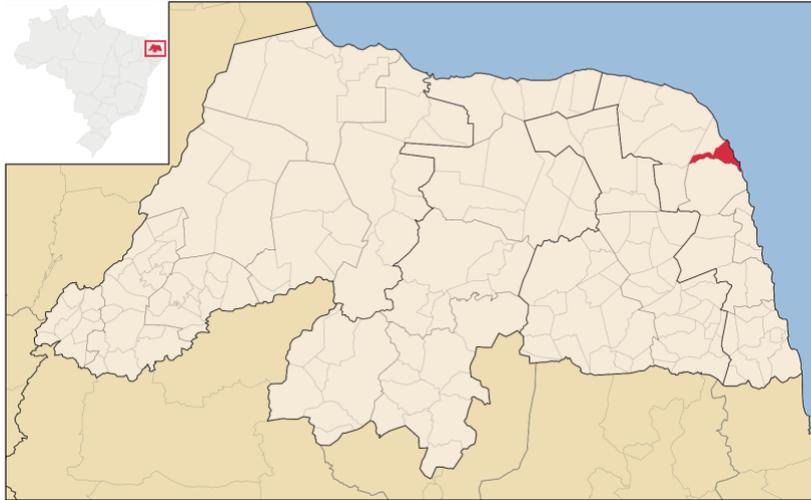
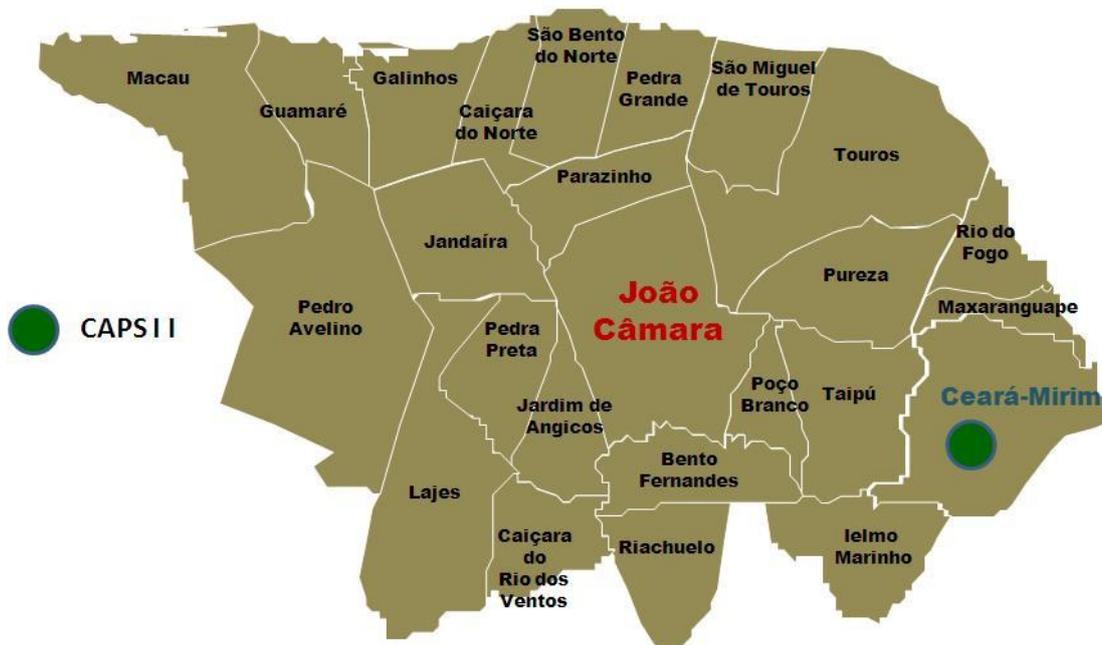


Figura 1. Mapa da localização de Maxaranguape





3ª Região de Saúde - João Câmara



4. CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE IMPLEMENTADA EM MAXARANGUAPE

O município de Maxaranguape tem como estrutura física básica seis unidades básicas, sendo elas sedes das equipes da Estratégia Saúde da Família. Estando as unidades localizadas no centro, Nova maxaranguape e nas localidades de Caraúbas, Maracajaú, Dom Marcolino e Nova vida. As referidas equipes são compostas por médico, enfermeiro, dentista, auxiliares de enfermagem, auxiliar de consultório odontológico e agentes comunitários de saúde. Arelado a essas equipes existem o núcleo de vigilância a saúde composto pela Vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica. Além da equipe de endemias.

Com relação aos encaminhamentos a especialidades, esses são feitos através da pactuação integrada destinados em sua maioria a Natal, Ceara Mirim e João Câmara. No âmbito da assistência a

emergência e urgência, dispomos da unidade mista, quando necessário estabiliza o paciente e o encaminha para unidades que ofertam serviços de maior complexidade após ser realizado a regulação.

5. ACESSO AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

O sistema federativo brasileiro apresenta diversidade e heterogeneidade, devendo-se considerar os valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, economia, cultural, religião e social. O que exige complexidade na implantação de Políticas públicas, levando em consideração as diversidades que diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social no Brasil. E as políticas públicas deve ter como papel, redistribuição, redução das desigualdades e inequidades no território municipal e inclusão social.

No que diz respeito às políticas de saúde, agregue-se a isso a complexidade inerente a essa área, relacionada aos seguintes fatores: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que frequentemente tensionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania. O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque, por suas implicações para a área da saúde.

A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros – em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado –, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento

dos desafios mencionados.

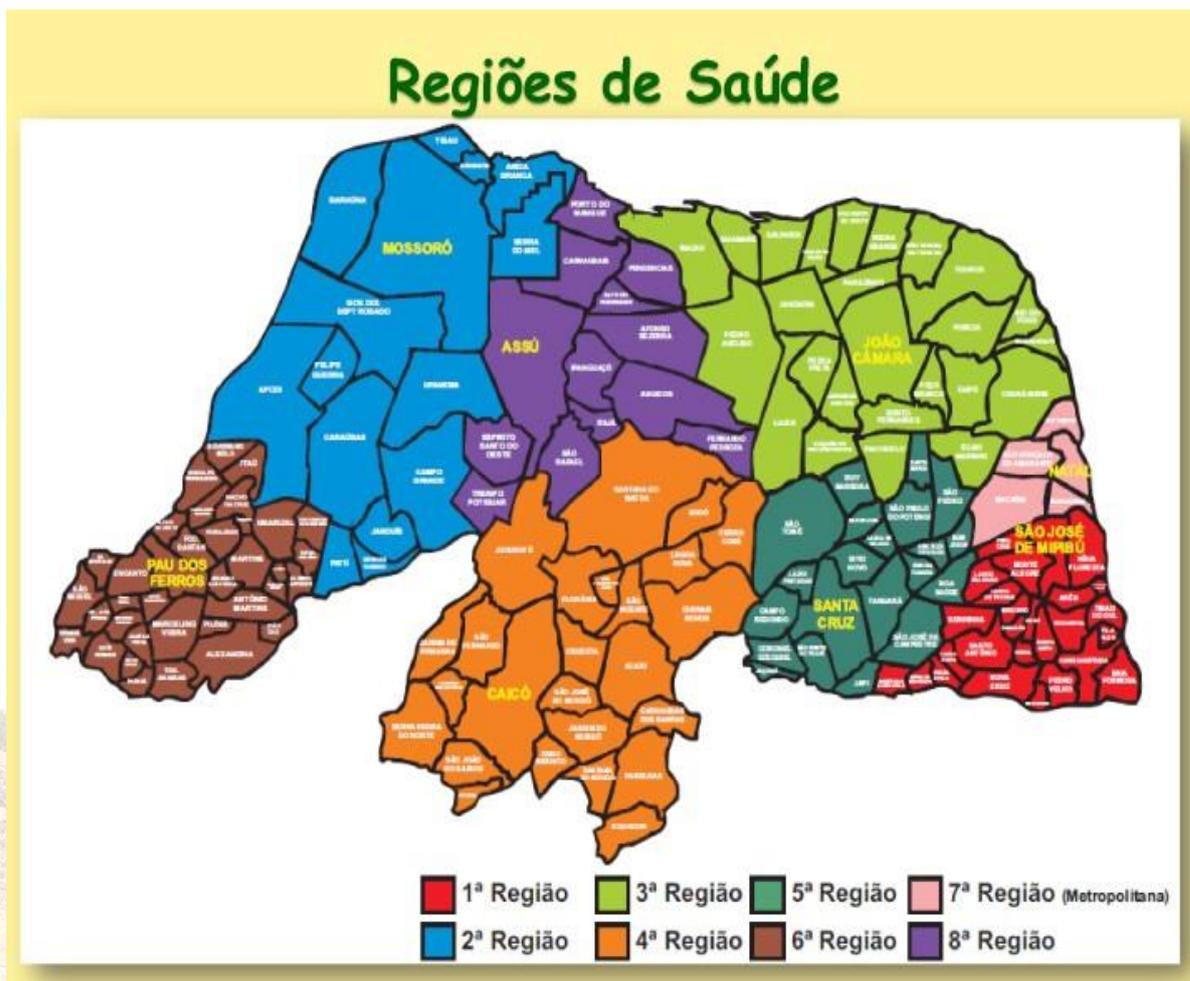
A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, se iniciou o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre de uma forma negociada com as representações dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. Esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS.

As Normas Operacionais definem critérios para que Estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão máximo da gestão plena do sistema local desde a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal em 2007, de conformidade com as regras do Pacto pela Saúde regido, especialmente, pelas Portarias GM/MS nº 399 e 699/2006. As prerrogativas dessa adesão se encontram validadas na Portaria GM/MS nº 255, de 13 de fevereiro de 2008, com amparo nas deliberações da Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite.



Figura 20. Mapa da 3ª Região de Saúde do RN



Juntamente com as regiões sanitárias foram criados os Colegiados de Gestão Regional – CGR, consoantes com as determinações e regras do Pacto pela Saúde. Entretanto, com a publicação do Decreto Federal nº 7508 de 28 de junho de 2011, ato normativo que regulamenta a Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8080/1990), esses colegiados foram elevados à condição de Comissões Intergestoras do SUS, sob a sigla CIR – Comissões Intergestoras do SUS, em referência ao seu caráter de pactuação regional. Nelas são discutidas e deliberadas as políticas de base locorregional, havendo reuniões ordinárias mensais e estrutura de



funcionamento que permite a criação de comissões e câmara setoriais para estudo e apoio decisório.

5.1. Estrutura da Rede Própria de Serviços

O município através da Secretaria Municipal de Saúde conta na sua rede de serviços com 25 **estabelecimentos de saúde**, conforme o CNES. Dos 07 estabelecimentos existentes, na atenção básica conta-se com **6 Unidades Básicas de Saúde** em que funcionam as 06 equipes da Estratégia Saúde da Família, **um (01) Pólo de Academia da Saúde**, e **01 (uma) vigilância em saúde** e **um (01) Centro de Assistência Farmacêutica – CAF**, na atenção especializada, **01 Centro de Saúde Nossa Senhora da Conceicao**, onde se dão os atendimentos dos especialistas, funcionamento do laboratório e rede de frios. A atenção hospitalar, funciona sob a gestão estadual.

De acordo com nossa demanda populacional, precisamos de mais uma equipe de ESF, onde realizaremos a solicitação no período vigente deste plano.

5.2 Modelo de Atenção

É necessário adoção de um modelo de atenção à saúde no qual oriente a organização dos serviços e sistema de saúde para a resolução dos problemas de saúde, contemplando o cuidado, a assistência gerencial e assistencial. Segundo BRASIL, 2010:

“O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde,



das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas.”

As necessidades de saúde da população, no âmbito individual e coletivo necessitam ser atendidas dentro da rede de atenção à saúde do saúde universal, hierarquizada e regionalizada.

A concretização do ideário da Rede de Atenção a Saúde na esfera municipal requer um processo contínuo de reflexão e práticas coerentes e convergentes entre as diretrizes das políticas da atenção básica, vigilância e promoção a saúde, Política de saúde mental, urgência e Emergência, Rede Cegonha e Outras, para assim responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários.

5.2.1 Rede de Atenção Primária

Tem-se como referência as prerrogativas instituídas pela Portaria GM/MS nº 2.436 de 2017 para a atenção básica que se consolida como um 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.

O município possui uma cobertura de 100% da atenção básica, composta de 06 (seis) ESF/ESB, nestas estão os 01 profissionais do Programa Médicos pelo Brasil, 01 equipe integrada em saúde. Existe uma dificuldade de fixação do profissional médico nas equipes de saúde família, diante de diversos fatores elencados historicamente no funcionamento da atenção básica, inclusive motivação da criação do Programa Mais Médico para o Brasil, o que gera o grande desafio de manutenção ininterrupta da composição completa das equipes da atenção básica.



Todo este trabalho foi possível a partir da reorganização do processo de trabalho das equipes, reforçando-se os eixos prioritários, assistência ao pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, acompanhamentos das doenças crônicas, puericultura, vacinação, programas de educação em saúde, vigilância em saúde, acolhimento aos usuários, saúde bucal, e no intuito de fortalecimento das equipes de saúde da família incrementou-se o matriciamento e apoio as equipes de saúde da família a partir dos NASF. Em paralelo a gestão fortaleceu este processo como apoiador técnico e provedor de melhorias na estruturação dos recursos materiais necessário para a melhoria da assistência a saúde prestada a população.

5.2.2 Atenção Especializada

Considerando que um dos princípios do SUS, a integralidade, deve ser atendido sempre quando necessário, ou seja, o atendimento ao cuidado quando extrapolado a atenção primária deve ser atendido em todos os demais níveis de complexidade, a exemplo da atenção especializada e desta forma efetivar-se o direito a saúde. Segundo BRASIL (2009, p.207)

O município no âmbito da atenção especializada é composta através da prestação de serviços pactuados junto ao estado. No Centro de Saúde oferta-se consultas de psiquiatria, nutrição, pequenas cirurgias, (funciona com atendimentos a urgência e emergência médica em duas unidades de saúde (centro e Dom Masrcolino) e ginecologia. Com o interesse em ampliar a oferta de serviços especializado no próprio município, promovendo ações em cardiologia e ultrassonografia, além de pactuação junto a COPIRN para realização de exames e procedimentos não pactuados via PPI.

5.3 Rede de Atenção a Saúde

A partir de 2011, com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, novos desafios surgiram para



a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, implicando na necessidade de adoção de arranjos institucionais, a fim de integrar e aparelhar os serviços de saúde e definir linhas de cuidado destinadas a garantir a atenção integral à saúde em cada região do estado do RN.

As necessidades de saúde da população, no âmbito individual e coletivo necessitam ser atendidas dentro da rede de atenção à saúde do saúde universal, hierarquizada e regionalizada. O ministério da saúde através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS e declara:

“A Rede de Atenção à Saúde é definida 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”.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Com referência às redes assistenciais, com a adoção de prioridades pela Política Nacional com as Redes Temáticas, tem-se a preocupação e o interesse na modelagem dos serviços articulados em linhas funcionais e com garantias de Integralidade da assistência e universalidade do acesso. Sobretudo, há também que se equilibrado e regulado o acesso com fundamento no preceito doutrinário da equidade da atenção com base em critérios de risco e vulnerabilidades específicas

A concretização do ideário da Rede de Atenção a Saúde na esfera municipal requer um processo contínuo de reflexão e práticas coerentes e convergentes entre as diretrizes das políticas da atenção básica, vigilância e promoção a saúde, Política de saúde mental, urgência e Emergência, Rede Cegonha e Outras, para assim responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários

5.3.1 Rede de Atenção às Doenças Crônicas



Foi idealizada uma rede de cuidado que tem por missão a prevenção, combate, controle e tratamento de casos voltados para eixos básicos: o câncer, os problemas renocerborcardiovasculares, a obesidade, as doenças respiratórias, crônicas, devendo ser estruturado serviços que vão desde o controle dos fatores de risco até a assistência em mais alto grau de complexidade

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas representam um desafio para a saúde pública do Município, Natal e Brasil, como vimos na análise de saúde deste documento.

No Brasil, essas doenças constituem o problema de saúde de relevância magnitude, uma das principais das causas de mortes, atingindo fortemente todas as camadas sociais, principalmente a camada pobre da população e grupos vulnerais, como a população de baixa escolaridade e renda.

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas: as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação.

Na atualidade, a nível de atenção primária as ESF atendem os pacientes portadores de hipertensão e diabetes através do programa Hiperdia, a equipe do NASF desenvolve um trabalho de práticas de atividade física na Academia de Saúde localizada na sede do município. As comorbidades crônica advindas destes agravos são referenciadas para atenção especializada conforme pactuação da programação integrada pactuada, no entanto a demanda existente é bem maior que a necessidade.

As ações de combate ao cancer a nível primário são enfatizados os cancer ginecológicos, em detrimento dos demais, porém existe um descompasso na oferta de cota para os exames de mamografia de rastreamento que deve ser revisto pelo Ministério da Saúde, já assistência a nível secundário e terciário existe um acesso rápido ao service de referência como a LIGA, devidamente regulado através da central de regulação ambulatorial municipal.

No cenário do agravo da obesidade e o uso do tabaco as ações em todos os níveis de atenção precisam ser implementadas, pois muitas ações a serem efetivadas nesta area.



5.3.2 Rede de Urgência e Emergência

A porta de entrada de Urgência e Emergência no município de Maxaranguape/RN e o município de Natal, hospitais de referência para o município como o Hospital walfredo Gurguel, hospital estadual, referência nas urgências gerais - urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, neurológicas, e/ou traumatológicas, Hospital Pedro Bezerra – unidade hospitalar estadual – referência na urgência geral e obstétrica, Hospital Maria Alice Fernandes - unidade hospitalar estadual, referência na urgência infantil, e o Hospital Psiquiátrico João Machado – unidade hospitalar estadual – referência para as urgências psiquiátricas não possuem leitos de retaguarda de maior complexidade suficientes, mediados pela central de Regulação do SAMU, que atenda a necessidade do município, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolam sua complexidade.

5.3.3 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Estruturam-se a partir de serviço que permitam cuidados integrais e, sobretudo, reabilitadores para os diversos tipos de limitações.

Alem do cuidado à pessoa com deficiência no nível da atenção básica, o primeiro nível de atenção, pela ESF e profissionais do NASF, o município conta com o serviço da APAE na assistência aos portadores de deficiência e atenção secundária é encaminhada para o Centro de Reabilitação Infantil – CRI - em Natal/RN

5.4 Assistência Farmacêutica

A lei orgânica do SUS, 8080/90, inclui a política de assistência farmacêutica no campo de atuação do SUS e a Portaria MS nº 3.916 de 1988, que aprova a Política Nacional de Medicamentos constitui um dos elementos fundamentais para implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde da população.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com 01 farmaceutica, A CAF fica na sede do município,



na secretaria municipal de saúde e ela realiza o armazenamento, distribuição dos medicamentos para as farmácias da atenção básica e também distribuição. A reestruturação da Central de Abastecimento Farmacêutico do Município (CAF) também tem sido uma prioridade da gestão, com o objetivo de fortalecer as ações da assistência. É importante ressaltar que nesta área enfrenta-se questões de demandas não contempladas na renome, nem remune que impõe consulta a procuradoria municipal para orientação e resolução da solicitação.

A Política de Assistência Farmacêutica municipal necessita ser mais fortalecida, mediante de ações que garantam o acesso da população aos medicamentos através do uso racional, como também melhoria das condições em todo o ciclo operacional que vai da aquisição, armazenamento, distribuição dispensação e controle. Estamos em processo organizacional para implantação do HORUS, de modo que haja a sistematização da caf e demais UBS para informatização da dispensação e armazenamento.

6. Rede Cegonha

A Rede Cegonha é um conjunto de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para os cuidados com a política materno infantil a REDE CEGONHA, assentada na atenção básica/primária, a partir do planejamento familiar e pré-natal de risco habitual.

Os partos de risco habitual, foram pactuados através do intermédio do estado, junto ao hospital dr. Percilio Alves, através de pactuação e repasse de recursos onde temnos cotas a serem utilizadas durante o mês. Os cuidados com a gestação de alto risco e com o serviço de parto e puerperio são preconizados nessa rede, a gestão de alto risco é encaminhado via PPI para o ambulatório da MEJEC e os partos para o Hospital Estadual Pedro Bezerra. Ressalta-se dentro desta rede a fragilidade da ainda da assistência



primária à assistência terciária, realização de usgs em ambito hospitalar, peregrinação de mulheres em trabalho de parto, acesso dos RNs aos leitos de UTI neonatal quando necessários, cenário apresentado pelo estado do Rio Grande do Norte. Necessitamos ainda de uma rede mais fortalecida e de mais estudos para que nossas gestantes possam ser melhor acolhidas no ciclo gravídico puerperal.





7. Vigilância em Saúde

A Portaria 1.378 de 9/07/13 define as ações de vigilância em saúde como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação e análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde, ela também regulamenta as responsabilidades e define as diretrizes para a execução e financiamento das ações.

No município de Maxaranguape/RN a equipe da vigilância em saúde desenvolve suas atividades de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental. A vigilância epidemiológica através de sua coordenação é vigilante quanto na busca ativa dos de agravos de notificação compulsória junto as equipes da atenção básica e atenção hospitalar, inclusive fomentando a interação com os serviços assistenciais, afim de adotar medidas preventivas, controle e de bloqueio de transmissão destes agravos em tempo oportuno. É responsável pela informações epidemiológicas e alimentação do sistema de informação de agravos de notificação. No âmbito da vigilância das doenças crônicas não transmissíveis aponta-se uma necessidade de fortalecimento das ações da vigilância.

A vigilância sanitária entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que, direta, ou indiretamente, se relacionam com a saúde.

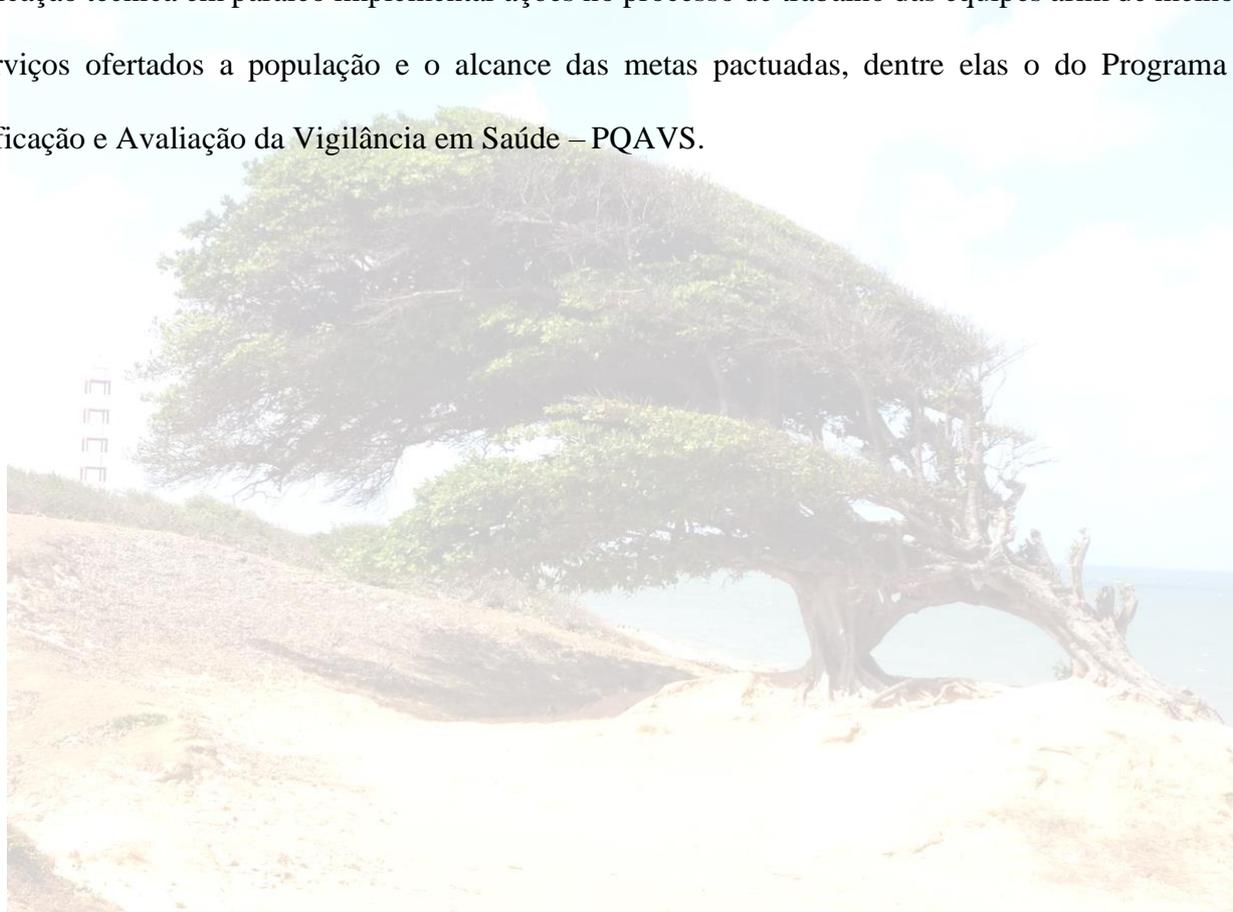
A equipe da VISA municipal realiza atividades educativas, cadastro de estabelecimentos, inspeções, recebimento e atendimento a denúncias, licenciamento e controle de estabelecimentos sujeitos a mesma, investigação de surtos, entre outros. As ações da vigilância do trabalhador ainda são incipientes



e pontuais necessitando de sistematização e perenidade.

A vigilância ambiental e das zoonoses desenvolve o trabalho de combate e controle da dengue, esquistossomose, calazar e raiva (realização de campanhas de vacinação canina). O monitoramento da qualidade da água está sendo implantado após capacitação de técnicos para a realização das ações.

A vigilância em saúde precisa ser fortalecida para a superação de problemas de infraestrutura de viaturas, equipamentos, instalações física, escassez de recursos humanos, valorização profissional, qualificação técnica em paralelo implementar ações no processo de trabalho das equipes afim de melhorar os serviços ofertados a população e o alcance das metas pactuadas, dentre elas o do Programa de Qualificação e Avaliação da Vigilância em Saúde – PQA VS.





7.1 INDICADORES PQA-VS

Saúde (PQA-VS)

Meta	Descrição	Indicador
1	90% (noventa por cento) de registros de óbitos alimentados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência
2	Alimentar 90% (noventa por cento) de registros de nascidos vivos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência
3	Pelo menos, 80% (oitenta por cento) das salas de vacina do Município com Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) implantado alimentando mensalmente o Sistema	Proporção de salas de vacina do Município alimentando mensalmente o SI-PNI
4	Alcançar cobertura vacinal preconizada em 100% (cem por cento) das vacinas do calendário básico de vacinação da criança	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas
5	Realizar, pelo menos, 90% (noventa por cento) do número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais	Proporção de análises realizadas para o parâmetro Coliformes Totais em água para consumo humano
6	Enviar pelo menos 1 lote do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), semanalmente, totalizando um mínimo de 92% de semanas com lotes enviados no ano	Proporção de semanas com lotes do SINAN enviados
7	Encerrar 80% (oitenta por cento) ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 (sessenta) dias a partir da data de notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 (sessenta) dias após notificação





Meta	Descrição	Indicador
8	Iniciar em 70% (setenta por cento) dos casos de malária, tratamento adequado até 48 hs (quarenta e oito horas) a partir do início dos sintomas.	Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento adequado até 48 hs (quarenta e oito horas) a partir do início dos sintomas
9	Realizar pelo menos 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares com, no mínimo, 80% (oitenta por cento) de cobertura em cada ciclo	Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
10	Realizar o exame em pelo menos 80% (oitenta por cento) dos contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados
11	Pelo menos 80% (oitenta por cento) dos contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados	Proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados
12	Realizar pelo menos 2 (dois) testes de sífilis por gestante	Número de testes de sífilis por gestante
13	Aumentar em 15% (quinze por cento) o número de testes de HIV realizados	Número de testes de HIV realizados
14	Preencher o campo "ocupação" em pelo menos 90% (noventa por cento) das notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho

8. Gestão do SUS

8.1 Financiamento

A gestão financeira se dá pelo controle do fundo municipal de saúde – FMS que aglutina os recursos financeiros das três fontes de receita que habitualmente são operacionalizados no âmbito local. De acordo com a política de financiamento vigente para o SUS, desde a edição do Pacto pela Saúde, o orçamento local era organizado com base nos seis blocos da transferência dedral (atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimento na rede). A partir de dezembro de 2017 através da Portaria ministerial de nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017 regulamenta-se nova forma de financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS:

"Art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos



Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.”

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde. No entanto, os repasses das transferências estaduais são irregulares e escasso.

Os recursos municipais aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde atendem acima do limite mínimo de 15% estabelecido pela legislação, Lei 141 de 2017 e Constituição Federal, os recursos estaduais e federais, este ente federativo responsável pelo maior percentual de arrecadação de impostos, impondo ao SUS um subfinanciamento para atender a garantia do direito a saúde da população, princípio da Carta Magna, Saúde direito de todos e dever do Estado.

A comprovação do cumprimento legal quanto a contrapartida obrigatória dos recursos próprios, oriundo das receitas de tributes e transferências constitucionais e legais é apresentada no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos – SIOPS.



8.2 Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde

Os recursos humanos que constitui a Secretaria Municipal de Saúde tem a sua vinculação a instituição diversificada, temos: servidores efetivos regidos pelo Regime Jurídico Único do Município, trabalhadores com nomeação para cargos em comissão, profissionais descentralizados ou cedidos em processo de municipalização pelas esferas administrativas (federal e estadual), contratos por tempo determinad exercendo as funções de assistente social, auxiliar de serviços gerais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionista, Agentes comunitários de saúde, agente de endemias, técnicos e auxiliares de enfermagem, bioquímicos, vigias, motoristas, entre outros.

O município não possui implantado o Plano de Cargo Carreira e Salário para os seus Servidores, e fisca devidamente equilibrada para a administração municipal.

A política de educação permanente de forma sistematizada está incipiente, necessitando ser fomentada a nível municipal e a nível estadual. Não há repasses de reursos financeiros específicos para o município desenvolver ações sistemáticas de educação permanente dentro de suas necessidades, elas acontecem de forma pontual e esporádica, promovidas pela gestão municipal e estadual. Embora, através do CEFOPE – Centro de Formação Pessoal para os serviços de saúde alguns capacitações foram ofertados aos profissionais agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e demais profissionais de nível médio, no entanto esta política precisa ser fortalecida, entendendo que a educação permanente precisa ser perene no processo de qualificação da assistência a saúde prestada aos usuários.

8.3 Regulação

Os serviços de saúde ofertados a população estão dentro de um nível hierárquico de complexidade e para atender a necessidade de saúde do usuário dentro do princípio da integralidade pode ser necessário o acesso a níveis de atenção a saúde secundário e terciário, estes estão concentrado na capital do Estado, porque requer grandes recursos tecnológicos de saúde e profissionais de saúde especializados e para



acessar estes serviços de saúde utilizaremos a regulação assistencial e regulação de acesso. Segundo o Ministério da Saúde (2006),

“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”.

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”.

O município exerce a regulação de atenção a saúde através da central municipal de regulação que funciona na sede da secretaria municipal de saúde, utilizando-se do instrumento legal de pactuação, programação pactuada integrada – PPI, cujos parâmetros de quantitativos dos procedimentos e consultas são definidos pelo ministério da saúde segundo parâmetros populacionais, no entanto, em quantidade bem inferior a necessidade da demanda existente.

O município de Maxaranguape/RN firmou pactuação de encaminhamentos com os municípios de Natal/RN, João Câmara/RN, Ceará Mirim/RN. O acesso a realização das consultas e procedimentos especializados realizados fora do território obedecem ao seguimento de algumas etapas: agendamento no



SISREG, sistema de informação de Regulação, disponibilizado ao município através do acesso a internet, em que se disputa o agendamento de procedimentos disponibilizados para todos os municípios do RN pactuados com o município de Natal/RN, o que muitas vezes dificulta o acesso ao agendamento. O agendamento dos procedimentos de alta complexidade de coordenação estadual se dá através do SIGUS – Sistema Integrado de Regulação e Gerenciamento do SUS que cadastra-se os procedimentos, aguarda autorização do médico autorizador e depois agendamento com o prestador. Os maiores problemas enfrentados na regulação de atenção a saúde pelo município é o desequilíbrio entre a demanda existente aos serviços especializados e a demanda ofertada aos mesmos, esta problemática precisa ser enfrentada de forma tripartite tendo em vista o alto custo financeiros dos serviços de saúde na atenção especializada e as demandas do transporte sanitário.

O exercício da Regulação do Acesso à Assistência é estabelecida entre a Unidade Hospitalar Municipal, através do profissional médico, com as Unidades Hospitalares Estaduais de referência com mediadora da Central de Regulação, SAMU e Central de Regulação Médica da Secretaria Estadual de Saúde Pública – SESAP/RN, conforme protocolos estabelecidos. Os problemas enfrentados neste tipo de regulação é a insuficiência de leitos de retaguarda de maior complexidade para atender a necessidade do município, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolam sua complexidade.

8.4 Controle social

No âmbito do Controle Social do SUS tem-se o Conselho Municipal de Saúde como órgão de caráter permanente e deliberativo conforme estabelece a Lei nº 8.142/90, a participação da comunidade na gestão do SUS, é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O CMS funciona em uma sala na Secretaria Municipal de Saúde, sendo reformulado em 2021 e está em processo de reestruturação para melhor desempenho de suas atividades colegiadas, como também vem participando de capacitações



PREFEITURA MUNICIPAL DE
MAXARANGUAPE
#DesenvolverComResponsabilidade

promovidas na região e junto com a gestão municipal vem participando das ações de planejamento, promovendo as conferências de saúde e audiências públicas de prestação de contas, conforme prerrogativa da Lei nº 141/2012.





9. DIRETRIZES E METAS

9.1 - DIRETRIZ 01: Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher.

QUADRO DE METAS	
META	PERÍODO
Garantir a investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil em 80% dos casos apresentados.	2022-2025
Realizar no mínimo 20% de exame preventivo em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.	2022-2025
Incrementar em 10% o número de mamografias em mulheres entre 50 a 69 anos.	2022-2025
Garantir o acesso aos métodos contraceptivos em 100% das equipes da ESF.	2022-2025
Garantir cobertura de exames para 100% das gestantes.	2022-2025
Garantir consulta odontológica em no mínimo 100% das gestantes	2022-2025
CRIAÇÃO DE GRUPOS DE GESTANTES	2022-2025
Implantação de PICS em grupos	2022-2025
Realizar busca ativa das gestantes até 120 dias de gestação para iniciar pré-natal.	2022-2025
Intensificar a Visita Domiciliar visando a identificação e captação precoce das gestantes e a busca ativa para as faltosas ao pré natal.	2022-2025
Capacitar profissionais das UBS (ESF/PACS) para orientações sobre o aleitamento materno e os primeiros cuidados com o RN.	2022-2025
CAPACITAÇÃO	

9.2 - DIRETRIZ 02- Promoção da Atenção Integral à Saúde da Criança.

QUADRO DE METAS	
META	PERÍODO
Implantar as PICS nos atendimentos de Crescimento e desenvolvimento	2022-2025



Implantar o grupo de Obesidade	2022-2025
Implantar/ Iniciar a horta e o uso das PANCS nos grupos das ESF	2022-2025
Investigar em no mínimo 100% dos óbitos fetais e de menores de 1 ano.	2022-2025
Captar precocemente e agendar as crianças na primeira semana após nascimento priorizando os primeiros cuidados com RN.	2022-2025
Intensificar as visitas domiciliares da equipe da UBS/ESF na primeira semana puerperal.	2022-2025
Intensificar as ações de acompanhamento da criança, com avaliação do crescimento e desenvolvimento nas UBS/ESF.	2022-2025
Garantir o acesso às vacinas do Programa Nacional de Imunização - PNI	2022-2025
Intensificar as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários, tendo em vista a busca ativa dos faltosos ao acompanhamento de CD, sobretudo das crianças em situação de risco e vulnerabilidade.	2022-2025

9.3 DIRETRIZ 04 – Garantia da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa.

QUADRO DE METAS	
META	PERÍODO
Promover vacinação contra influenza e COVID 19 em no mínimo 80% dos idosos.	2022-2025
Promover atividades em parcerias com o CRAS e demais secretarias em prol da saúde do idoso.	2022-2025
Implantar a caderneta do idoso em pelo menos 50% dos idosos.	2022-2025
Promover atividades educativas que estimulem hábitos de vida saudáveis pelo menos 01 vez por mês.	2022-2025
Realizar ações interdisciplinares junto à equipe multidisciplinar.	2022-2025
Elaborar e implantar cartão de acompanhamento do hipertenso/diabético.	2022-2025



9.4. DIRETRIZ 05 - Promoção da Atenção a Saúde Bucal em Todos os Ciclos de Vida.

QUADRO DE METAS	
META	PERÍODO
Garantir escovação supervisionada em 100% das escolas.	2022-2025
Incrementar o número de 1ª consulta programada em 10 %.	2022-2025
Incrementar a consulta odontológica em gestante em 10%.	2022-2025
Promover continuidade ao sistema LRPD (instalação de próteses dentarias) conforme necessidade.	2022-2025
Realizar atividade educativa voltada à saúde do Idoso em SB	2022-2025
Realizar atividade educativa voltada à saúde da criança e adolescente nas escolas e creches	2022-2025

9.5. DIRETRIZ 06 – Redução dos Riscos e Agravos à Saúde da População, por Meio das Ações de Promoção e Vigilância em Saúde.

QUADRO DE METAS	
META	PERÍODO
Promover a cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífero em 80% dos casos.	2022-2025
Realizar a coleta de sorologia para dengue em no mínimo 40% dos casos notificados.	2022-2025
Promover o estímulo à atividade física aos portadores de diabetes e hipertensão arterial através da equipe do Multidisciplinar para no mínimo 30% da população citada.	2022-2025
Aumentar em 20% a cobertura do sistema de vigilância (Sisvan)	2022-2025
Implantar protocolo de atendimento em todas ESF.	2022-2025
Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, na busca por qualidade de vida pelos usuários.	2022-2025
Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;	2022-2025
Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.	2022-2025
Promover capacitações para a notificação de novos agravos doenças de notificação compulsória e de outras situações de importância local	2022-2025



9.6. DIRETRIZ 07 – Fortalecimento do Controle Social

QUADRO DE METAS	
META	PERÍODO
Realizar capacitação para no mínimo 50% dos conselheiros.	2022-2025
Garantir a participação dos conselheiros em 100% dos eventos de controle social.	2022-2025
Colaboração efetiva em 100% das Conferências de Saúde Municipal.	2022-2025
Realizar cadastro do Conselho Municipal de Saúde junto ao Cadastro Nacional dos Conselhos	2022-2025

9.7 DIRETRIZ 08 – Estruturação Física da Atenção Básica

QUADRO DE METAS	
META	PERÍODO
Finalização da construção da Unidade Básica para funcionamento da ESF do centro	2022-2025
Estruturação com novos equipamentos nas ub's	2022-2025
Aquisição de uma Unidade Odontológica Move'l	2022-2025
Aquisição de 01 transporte sanitário	2022-2025
Aquisição de 02 veículos de passeio para a ESF	2022-2025

9.8 DIRETRIZ 09 – Educação continuada e fortalecimento da gestão

QUADRO DE METAS	
META	PERÍODO
Atualizar os profissionais da ESF para o E-SUS e PEC	2022-2025
Realizar ações educativas de capacitação dos profissionais da ESF (coberturas, tuberculose, Acolhimento e classificação de risco)	2022-2025
Capacitar profissionais em sala imunobiológicos	2022-2025
Estruturar as salas de vacina municipais	2022-2025

9.9 DIRETRIZ 10 – Ações e serviços COVID - 19

QUADRO DE METAS



META	PERÍODO
Identificação e monitoramento de pacientes novos	2022-2025
Aquisição de testes rápidos	2022-2025
Acompanhamento dos sistemas de informação	2022-2025
Formação de profissionais e capacitação	2022-2025
Educação continuada aos profissionais de saúde	2022-2025

10 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Planejamento do setor saúde constitui-se num mecanismo de gestão fundamental para a consolidação do SUS e de suas práticas gerenciais, com o estabelecimento de três instrumentos básicos: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Eles devem se expressar de maneira a favorecer o aperfeiçoamento da gestão do Sistema e direcionar as ações e serviços de saúde necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Entre as responsabilidades do planejamento está o acompanhamento sistemático do processo de gestão, acompanhamento e monitoramento quanto à execução das diretrizes previstas no Plano Municipal de Saúde, a partir da PAS, relatório detalhado quadrimestral e posterior avaliação do RAG e o PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA, identificando dificuldades em sua execução, em tempo hábil, a fim de subsidiar a tomada de decisões, vale destacar que o município resolveu inovar a modalidade do Planejamento em saúde, utilizando os indicadores previstos nos programas como PREVINE BRASIL, PLANO MUNICIPAL DO GOVERNO, PQAVS, PSE e PROPOSTAS LEVANTADAS NA PLENÁRIA COM CONSELHO DE SAÚDE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de estratégias de fortalecimento do SUS será um eterno desafio. Tendo em vista que perpassa por demandas que surgem de acordo com as necessidades em saúde, atrelada a novas tecnologias. Desse modo o empenho de todos os seguimentos seja ele gestor, usuário ou profissional de saúde é fundamental para viabilização de resultados positivos.

Todo esse processo é lento e ao mesmo tempo dinâmico, pois há uma exigência de um amadurecimento de todos que estão envolvidos. O gestor que deverá compreender que ele é um facilitador de ações, o usuário que precisa exercer seu papel de cidadão consciente e os profissionais para entendimento da saúde de maneira holística.

Portanto acreditamos que a efetivação deste Plano Municipal de Saúde possa ser o reflexo de um amadurecimento de todos que idealizaram e implementaram o Ser e o Fazer SUS no município de Maxaranguape/RN, atingindo assim a melhoria da qualidade de vida da população.

Muitos ainda são os desafios identificados para a adequação das ações e serviços de saúde de forma humanizada e qualificada. Para isso contamos com este plano para nortear as ações e propormos ideias a serem desenvolvidas nos anos que contemplam este plano.