

Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE
TENENTE LAURENTINO CRUZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS



Pensamento

Todos os pensamentos têm consequências.

Na maioria das vezes, os bons resultados são fruto de pensamentos positivos, provenientes de um bom coração que só deseja o bem para as outras pessoas.

A presença de Deus pode ser fortemente percebida, porque sua graça nunca falta a ninguém, em nenhum momento.

Algumas vezes, os sucessos e fracassos são determinados pelas decisões individuais.

Por isso, é bom estar atento para desejar somente o bem a si mesmo e aos demais.

Rosemary de Ross



Francisco Macedo da Silva
Prefeito Municipal

José Thomaz de Medeiros
Vice - Prefeito Municipal

Geliane Garcia Santos
Secretária Municipal de Saúde

Elaborada

Cristiano Canário de Brito
Assessor Técnico em Saúde

Diagramação e Formatação

Cristiano Canário de Brito

Colaboradores

Geliane Garcia Santos
Maria Gilvaneide Pires de Souza
Marcos Chagas da Silva
Maria do Socorro de Medeiros Silva
Maria das Graças Araújo
Andressa Crystiana da Silva Araújo

Audiência Pública da Construção do Plano Municipal de Saúde 2022 2025



Sumário

FIGURA 1 – IV REGIONAL DE SAÚDE.....	8
FIGURA 2 - MAPA DE IDENTIFICAÇÃO DA REDE DE SAÚDE	9
<i>Figura 3 - MAPA DE IDENTIFICAÇÃO DA REDE DE SAÚDE</i>	<i>29</i>
FIGURA 4 - COMPONENTE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - RUE.....	33
FIGURA 5 - PANOGRAMA DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - RUE.....	36
<i>FIGURA 6 - COMPONENTE DA RAS</i>	<i>36</i>
FIGURA 7 – LINHA DE CUIDADO DE ONCOLOGIA.....	39
<i>FIGURA 8 – DISTRIBUIÇÃO DAS CENTRAIS REGIONAIS DE REGULAÇÃO.....</i>	<i>41</i>

Sumário

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL DO MUNICÍPIO TENENTE LAURENTINO CRUZ.....	9
TABELA 2 – PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR GRUPO DE PROCEDIMENTO	30
<i>TABELA 3 – PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR COMPLEXIDADE.....</i>	<i>31</i>



Sumário

GRÁFICO 1 – PIRÂMIDE ETÁRIA.....	11
GRÁFICO 2 – TIPO DE PARTO.....	13
GRÁFICO 3 – NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	14
GRÁFICO 4 – CAPITULO CID – 10 IX DOENÇA DO APARELHO CIRCULATÓRIO.....	17
GRÁFICO 5 – CAPITULO CID – 10 IV DOENÇAS ENDÓCRINAS NUTRICIONAIS E METABÓLICAS	18
GRÁFICO 6 – CAPITULO CID – 10 II NEOPLASIAS (TUMORES).....	19
GRÁFICO 7 – INTERNAÇÕES POR CAPITULO CID - 10	20
GRÁFICO 8 – GRUPO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	21
GRÁFICO 9 – ÓBITOS P/RESIDÊNCIA POR CAPITULO CID - 10.....	23
GRÁFICO 10 - ÓBITOS P/RESIDÊNCIA POR CAPITULO CID – 10 FAIXA ETÁRIA	24
GRÁFICO 11 – PERCENTUAL DE AMOSTRA DE ÁGUA COLETADA.....	27
GRÁFICO 12 – GRUPO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE.....	31
GRÁFICO 13 – PROCEDIMENTO AMBULATORIAL POR NÍVEL DE COMPLEXIDADE	32
GRÁFICO 14 – INTERNAÇÕES HOSPITALAR POR CARÁTER DE ATENDIMENTO.....	33



Sumário

LISTA DE FIGURA	3
LISTA DE TABELA.....	3
LISTA DE GRÁFICO.....	5
I – APRESENTAÇÃO	6
II – CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	8
SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA	8
CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS.....	12
III – ANÁLISE SITUACIONAL	13
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	13
ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES DE NATALIDADE.....	13
ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES DE MORBIDADE	14
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	16
MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPO DE CAUSAS.....	21
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL POR GRUPO DE CAUSAS.....	23
ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES DE MORTALIDADE	24
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	28
IV – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	32
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	32
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	32
ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA.....	33
ATENÇÃO HOSPITALAR.....	33
REDE TEMÁTICAS DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	34
REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	41
GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	42
V – PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICO E PARTICIPATIVO	44
GESTÃO EM SAÚDE.....	44
REGIONALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA.....	45
OUVIDORIA.....	46
CONTROLE SOCIAL	47
VI – METODOLOGIA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	48
VII – EIXOS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	49
VIII – DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS DESCRITAS E INDICADORES	60
IX – PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	72
V – REFERÊNCIA.....	73



I. Apresentação

O presente “Plano Municipal de Saúde - PMS 2022 - 2025” - apresenta as intenções e resultados a serem buscados pela Secretaria de Municipal de Saúde do Município de Tenente Laurentino Cruz/RN, no período de 2022 a 2025, expressos em seus objetivos, diretrizes e metas, que se baseiam na análise situacional e têm como referência as atribuições comuns e as competências do ente municipal na gestão do SUS, definidas no arcabouço jurídico. Essas atribuições definem as responsabilidades de condução, regulação e direção do Sistema no âmbito municipal, como tarefas essenciais e intransferíveis para que o mesmo tenha funcionalidade.

Nesse escopo se inserem as responsabilidades do município, avaliação de ações, coordenação dos sistemas e redes no âmbito municipal, e articulação com os sistemas e redes correspondentes no âmbito estadual e nacional, e atuação complementar às ações ofertadas pelo município.

Partindo do diagnóstico da situação de saúde do município, foram estabelecidas metas e diretrizes para a atuação da SMS com o objetivo de ampliar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, intervindo pontualmente nos vazios assistenciais. Além de subsidiar os profissionais de saúde na condução do sistema público municipal, o documento pode servir de apoio à prefeitura e ao conselho municipal de saúde para a construção dos planos de governo como determina a Lei Complementar nº 141/2012.

O Plano tem início a partir da Análise da Situação de Saúde, abrangendo aspectos relacionados ao perfil demográfico, socioeconômico e da morbimortalidade, seguido da descrição da organização e funcionamento da Rede municipal de Saúde articulada com o nível estadual e organização do Sistema Único de Saúde no município de Tenente Laurentino Cruz/RN. Com base nisso, são indicados seus objetivos, diretrizes, ações, metas e indicadores. Essa parte do Plano deverá servir de referencial para a Programação Anual de Saúde.



O processo de formulação do Plano se deu de forma coletiva entre gestores municipal, usuários e profissionais de saúde. Foi realizada audiência pública para construção e validação do plano municipal de saúde, durante o ano de 2021.

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

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

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



II. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Tenente Laurentino Cruz – RN situa-se na mesorregião Central Potiguar e na microrregião Serra de Santana. Sua extensão territorial é cerca de 74.376 Km², cujos limites territoriais são: ao Norte, Santana do Matos; ao Sul e Oeste, Florânia e a Leste, São Vicente, distando da capital Natal 229 km. As principais vias de acesso a capital é por meio da BR 226 e RN 85, que liga Tenente Laurentino Cruz a Florânia, distante 14 km. A RN 84 liga à cidade de Lagoa Nova no total de 35 km, e a estrada vicinal que liga a cidade de São Vicente com 18 Km e a que liga a cidade de Santana do Matos no total de 30 km.

Segundo o censo do IBGE 2010, a população total residente é de 5.406 habitantes. A sede do município apresenta uma altitude média de 730m. Do ponto de vista geomorfológico, o município apresenta duas áreas bastante distintas, o plano da serra e a depressão sertaneja. A primeira onde está localizada a sede do município, referente a uma área plana, levemente ligada ao planalto da Borborema, cujas alturas médias chegam a 700 metros em relação ao nível do mar, enquanto que a última corresponde à área aplainada com altitudes inferiores a 300 metros.

Quanto ao clima, podemos afirmar que o município localiza-se na área semiárida do sertão nordestino, apresentando uma média pluviométrica de 656,9 mm anuais, distribuídos de maneira irregular. O período chuvoso vai de janeiro a maio e as temperaturas médias entre 16° e 30° C, caracterizando-se como um micro clima que diferencia a serra de Santana das demais circunvizinhas.

Figura 1 – Região do Seridó no Estado do Rio Grande do Norte

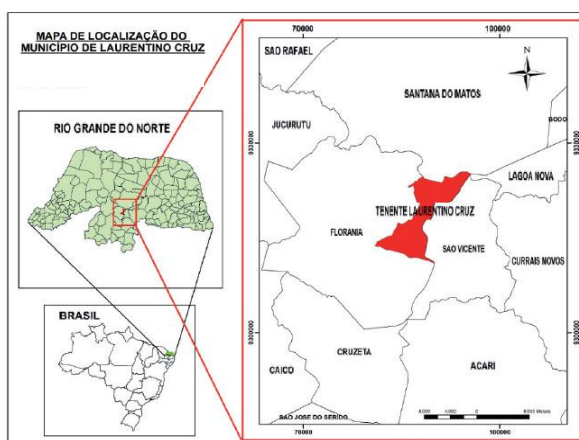


Fonte: Mapa da Saúde



O município de Tenente Laurentino Cruz considerando o censo do IBGE 2010, a população total residente é de 5.406 habitantes. A sede do município apresenta uma altitude média de 730m. Do ponto de vista geomorfológico, o município apresenta duas áreas bastante distintas, o plano da serra e a depressão sertaneja. A primeira onde está localizada a sede do município, referente a uma área plana, levemente ligada ao planalto da Borborema, cujas alturas médias chegam a 700 metros em relação ao nível do mar, enquanto que a ultima corresponde à área aplainada com altitudes inferiores a 300 metros.

Figura 2 – Característica do Município de Tenente Laurentino Cruz – RN.



Fonte: Mapa Google

Apesar da população oficial considerada para cálculo de parâmetros a ser divulgada pelo Censo Demográfico do IBGE de 2010, equivalente a 5.406 hab, se forem consideradas as estimativas pelo ministerio da saúde para o ano de 2020 a população do município de Tenente Laurentino Cruz - RN passa a corresponder a 6.019 habitantes, onde houve um relevante crescimento populacional. Isso ratifica aceleração do ritmo de crescimento da população do município evidenciado na última década, pois somente nestes dois últimos anos (2010 e 2020) houve um aumento da taxa de crescimento populacional de 10,18%/anos.

População Residente - Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2020 – Brasil

População residente por Faixa Etária 2 e Sexo

Município: 241415 Tenente Laurentino Cruz

Período:2020

Faixa Etária 2	Masculino	Feminino	Total
De 0 a 4 anos	300	287	587
De 5 a 9 anos	286	276	562
De 10 a 14 anos	289	254	543
De 15 a 19 anos	280	247	527



De 20 a 24 anos	240	244	484
De 25 a 29 anos	208	233	441
De 30 a 34 anos	253	267	520
De 35 a 39 anos	226	255	481
De 40 a 44 anos	197	205	402
De 45 a 49 anos	157	180	337
De 50 a 54 anos	132	134	266
De 55 a 59 anos	89	123	212
De 60 a 64 anos	80	90	170
De 65 a 69 anos	73	89	162
De 70 a 74 anos	51	82	133
De 75 a 79 anos	52	43	95
De 80 anos ou mais	43	54	97
Total	2956	3063	6019

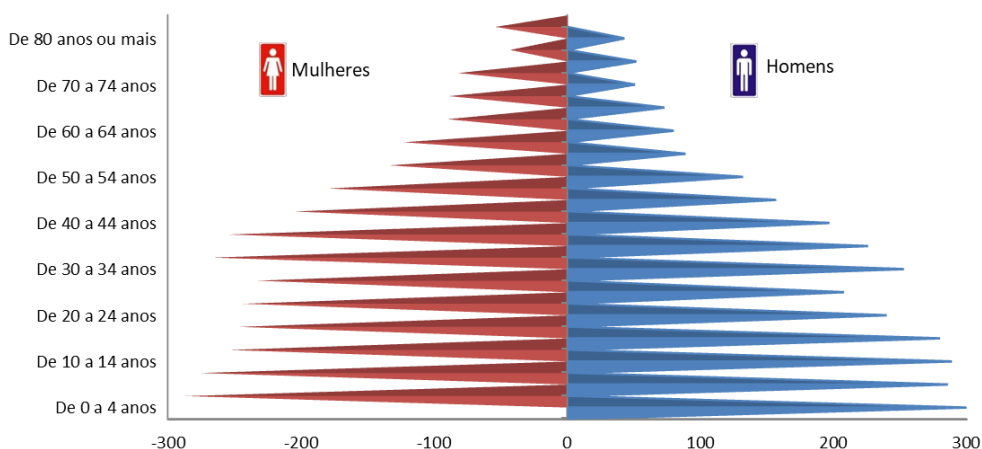
Fonte: 2000 a 2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

Com base no crescimento da população do município de Tenente Laurentino Cruz/RN, segundo a estimativa do Ministério da Saúde, deve ser acompanhado, contudo de um acelerado processo de mudança da estrutura etária, resultado da combinação de uma redução da taxa de fertilidade com envelhecimento da população.

No período 2010 a 2020 houve um primeiro movimento de elevação proporcional da população em idade ativa (de 15 a 64 anos) e da população idosa (acima de 65 anos) com redução da população infantil e juvenil (0 a 14 anos). Em termos absolutos, o movimento levou a um declínio do número de crianças e adolescentes de 60 indivíduos entre os anos 2010 e 2020. A faixa de 15 a 19 anos também aumentou, sendo maior em 68 indivíduos em 2020. Enquanto isso, em 2020, o município de Tenente Laurentino Cruz/RN teve 431 mais pessoas em idade ativa (15 a 64 anos). Como resultado dessas alterações e essa reestruturação devem 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.



Gráfico 1 – Gráfico de Pirâmide etária



Fonte: 2000 a 2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

O Brasil, avaliado por macrorregiões, apresentou um IDH de 0,840 na Região Sul; 0,838 na Região Sudeste; 0,826 na região Centro-Oeste; 0,706 na Região Norte e 0,548 na Região Nordeste já no estado do Rio Grande do Norte o IDH 0.684. O município de Tenente Laurentino Cruz/RN apresentou em 2010 IDHM equivalente a 0,623 (IDHM Renda 0,559; IDHM Longevidade 0,816 e IDHM EDUCAÇÃO= 0,637). Podemos observar que o município possui IDHM mais baixo do que o estado do Rio grande do Norte e da região nordeste.

A qualidade de vida, medida pelo o IDH, ou Índice de Desenvolvimento Humano do município de Tenente Laurentino Cruz/RN é desigual no território do RN e tem uma distribuição diferente da concentração dos Últimos anos no municípios da região do Seridó entre eles apresenta com os IDH mais altos são os da Zona de Caicó (0,710), Currais Novos (0,691). A região com mais alta participação no PIB e na população. A esperança de vida média foi de 60,78 no ano de 2000 e apresentou uma expectativa no ano de 2019 de 76,4 anos.

No tocante aos indicadores de saneamento básico na zona urbana do município de Tenente Laurentino Cruz/RN, entendidos como acesso aos sistemas de água potável, esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos, verifica-se que



existe um percentual elevado dos domicílios particulares permanentes estão ligados à rede geral de abastecimento de água com canalização interna, já em relação o sistema ligado à rede coletora de esgoto, no tocante a coleta de residuo de esgotamento sanitário ainda não existe coleta residências deste serviço, o municipio dispõe da coleta do lixo diretamente em toda área urbana e alguns comunidades rurais.

Os dados revelam ainda que 46,3% da população do RN estão em taxa de distorção idade - Série, tendo o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) em 2019 atingido o valor de 4,6 para os anos iniciais e 4,0 para os anos finais, estando acima do estado do Rio Grande do Norte (4,9 e 3,6) e do Nacional (5,9 e 4,9 respectivamente). A meta Brasil corresponde ao alcance do valor equivalente a 6 (seis) até 2022.

III. ANÁLISE SITUACIONAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:

ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES SOBRE NATALIDADE

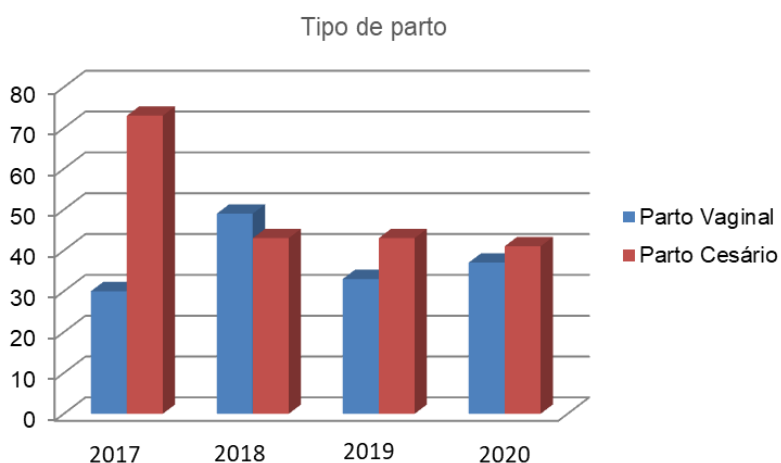
A taxa de fecundidade no município de Tenente Laurentino Cruz/RN em 2020 corresponde a 4,13% filhos/mulher (DATASUS 2020). Registraram-se nesse ano 78 nascidos vivos, número que vem mais baixa que a média nacional comparado ao ano de 2019 seguindo uma tendência nacional, mais já no ano subsequente o município apresentou a taxa de fecundidade menor que a média nacional de 1,67%, onde a taxa de fecundidade foi de 1,26% em 2019 para 1,52 filhos/mulher em 2018 (DATASUS).

O percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré- natal no município de Tenente Laurentino Cruz/RN, em 2020, apresenta-se com 80,8%, estando acima da média do estado do Rio Grande do Norte o qual é de 68,6% porem encontram-se também acima da média da IV Região de Saúde com 81,1% (DATASUS, 2020).



O acesso ao pré-natal ainda não garante a ocorrência do parto vaginal, que vem diminuindo gradativamente no município de Tenente Laurentino Cruz mesmo com o incentivo às boas práticas preconizadas pela Rede Cegonha, planejadas para todo o Estado. A Organização Mundial de Saúde recomenda uma variação para a taxa de cesariana entre 10 e 15%. Paradoxalmente, no município de Tenente Laurentino Cruz/RN, esta taxa caiu de 70,9% em 2017 para 52,6% em 2020.

Gráfico 2 - Tipo de Parto – RN, 2017 a 2020



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES SOBRE MORBIDADE

Morbidade por Doenças Transmissíveis e Imunopreveníveis As doenças de notificação compulsória que se destacaram no período de 2017 a 2020 correspondem aos seguintes agravos: Dengue, Zika vírus, Chikungunya, Microcefalia, Tuberculose, Meningites Bacterianas, Hanseníase, AIDS, Hepatites B e C, Sífilis Congênita, Leishmaniose Visceral, Leptospirose, Esquistossomose e Influenza (SINAN/SIHSUS).

Em 2015, circularam pelo menos nove arbovírus patogênicos no país, com destaque para os vírus da Dengue, Zika e Chikungunya, transmitidos pelo mosquito *Aedes aegypti* (BRASIL, 2016). A co-circulação dos arbovírus aponta para a importância do controle do vetor e do investimento na organização e qualificação da rede de assistência à saúde. As arboviroses urbanas no município de Tenente Laurentino Cruz e também no estado do Rio Grande do Norte que registraram um

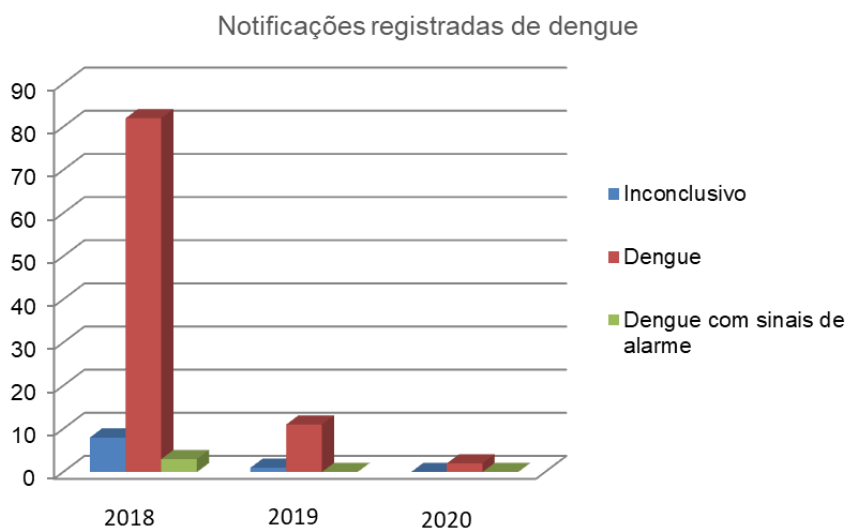


número significativo de notificações compulsórias no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Dengue

A dengue registrou incidências acumuladas de casos notificados nos anos de (2017); não houve notificações, (2018); 93 notificações sendo que foram 85 casos confirmados e 82 com dengue clássica; (2019), 12 casos notificados e desses casos 11 dengue clássica (2020); apenas 2 casos notificados e 2 confirmados e diagnosticado com Dengue Clássica.

Gráfico 3 – Notificações Compulsórias Dengue, 2017 a 2020



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações DATASUS

Chikungunya

A febre de Chikungunya foi notificada pela primeira vez no município de Tenente Laurentino Cruz/RN no ano de 2017, onde se registrou 02 caso no SINAN, porém, 01 confirmado e outro sem confirmação laboratorial. Já em 2018, foi notificado também 01 caso, com confirmação do caso, no entanto no de 2019 foi notificado 02 casos e confirmado 01 laboratorial e outro sem confirmação laboratorial até o momento.



Zika vírus

O município de Tenente Laurentino Cruz/RN no período de 2017 a 2020, não consta nenhuma notificação no sistema do SINAN de acordo com análise no DATASUS referente às doenças exantemática, é importante destacar a não prevalência da doença no âmbito do município.

Tuberculose

A Tuberculose permanece como um grave problema de saúde pública, merecendo uma especial atenção em virtude da sua magnitude. Nos anos anteriores de 2017 e 2020 não houve nenhum caso de incidência da Tuberculose no Município de Tenente Laurentino Cruz/RN, mais no ano de 2018 foi diagnosticado (02) caso e confirmado de bacilíferos de TB Pulmonar, já em relação o ano de 2019 foi diagnosticado (01) caso e confirmado de bacilíferos de TB Pulmonar.

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes e atingindo intensamente a população de baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT, no Brasil, foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (SCHMIDT, 2011). Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT se deve, em parte, à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do tabagismo e alcoolismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010).

No Brasil, fatores de risco como baixos níveis de atividade física no lazer da população adulta, baixo consumo de frutas e hortaliças, elevado consumo de alimentos com alto teor de gordura e exagerado consumo de refrigerantes, vem



contribuindo para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde recomenda a prática de 30 minutos de atividade física, em cinco ou mais dias por semana. Por esse motivo, a Secretaria Municipal de Saúde tem priorizado ações educativas para promoção da saúde e da atividade física com os usuários e pessoas com risco a desenvolver doenças do aparelho circulatório.

A Academia da Saúde compõe a rede de atenção à saúde, como componente da Atenção Básica, fazendo parte das linhas de cuidado. Destaca-se a sua maior resolubilidade ao comprometer-se com a articulação intersetorial, buscando a integralidade no cuidado dos usuários do SUS no Município de Tenente Laurentino Cruz/RN.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que o consumo nocivo de bebidas alcoólicas está associado a uma carga de doenças em todo o mundo, com destaque especial aos países de média e baixa renda – fato que tem incentivado a implantação de estratégias para reduzir o consumo. Na avaliação dos dados do VIGITEL (2006 a 2014), a frequência de adultos maiores de 18 anos que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas variou de 17,90% em 2006 para 16,00% em 2014. A análise por sexo mostrou que esse percentual foi maior entre os homens 24,90%, do que nas mulheres 8,40%.

As Doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo, destacando-se os acidentes vasculares encefálicos, as doenças coronarianas e a hipertensão arterial sistêmica. A hipertensão é importante fator de risco, sendo a causa mais frequente das demais doenças do aparelho circulatório e o seu custo social é extremamente elevado. Além disso, a hipertensão está, ainda, associada às demais doenças e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras.

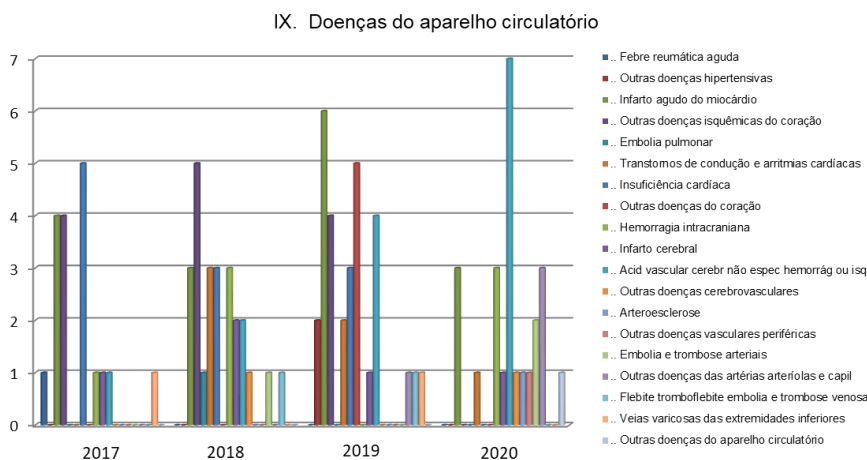
Essas evidências lhe conferem magnitude, em razão do agravamento das condições de saúde do indivíduo, concorrendo para a perda da qualidade de vida, para a letalidade precoce, para os altos custos sociais e do sistema de saúde. O manejo adequado da hipertensão arterial, de caráter prioritário, requer ações



articuladas em três eixos - vigilância da hipertensão, das comorbidades e de seus determinantes; a integralidade do cuidado; e a promoção da saúde.

O investimento em educação e a mobilização social potencializam e qualificam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis. A hipertensão, além de ser uma doença tratável, é um marco importante, passível de ser medido clinicamente, no caminho causal que leva à doença cardiovascular sintomática. 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 Município de Tenente Laurentino Cruz/RN, no período de 2017 a 2020, observa-se um crescimento gradual nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio e uma redução nas internações por Acidente Vascular Cerebral. Esse fato se deve à dificuldade de acesso dos portadores aos serviços básicos de saúde e à qualidade da assistência prestada em todos os níveis de atendimento.

Gráfico 4 – Capítulo CID-10: IX. Doenças do aparelho circulatório, 2017 a 2020



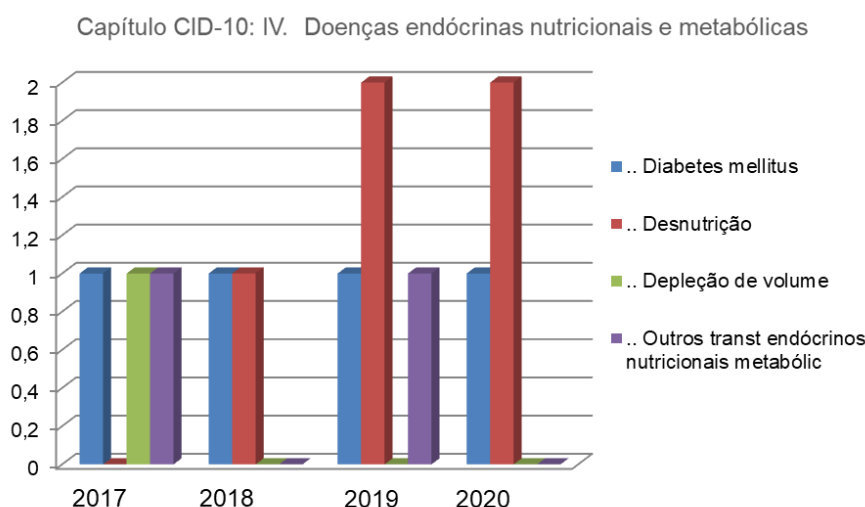
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O controle da glicemia, da pressão arterial e os cuidados com os pés são intervenções plausíveis e custo-efetivas para as pessoas com diabetes. De acordo com a OMS, ao menos três intervenções para a prevenção e gestão do diabetes demonstram reduzir custos e melhoram a saúde. A análise das internações por diabetes mellitus (DM) avalia indiretamente a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle do diabetes, subsidia o planejamento, gestão e avaliação de



políticas e ações voltadas para a atenção à saúde do adulto. No Município de Tenente Laurentino Cruz/RN, no período de 2017 a 2020, observa-se um crescimento gradual nas internações por Diabetes mellitus. Esse fato se deve à dificuldade de acesso dos portadores aos serviços básicos de saúde e à qualidade da assistência prestada em todos os níveis de atendimento.

Gráfico 5 – Capítulo CID-10: IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, 2017 a 2020.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

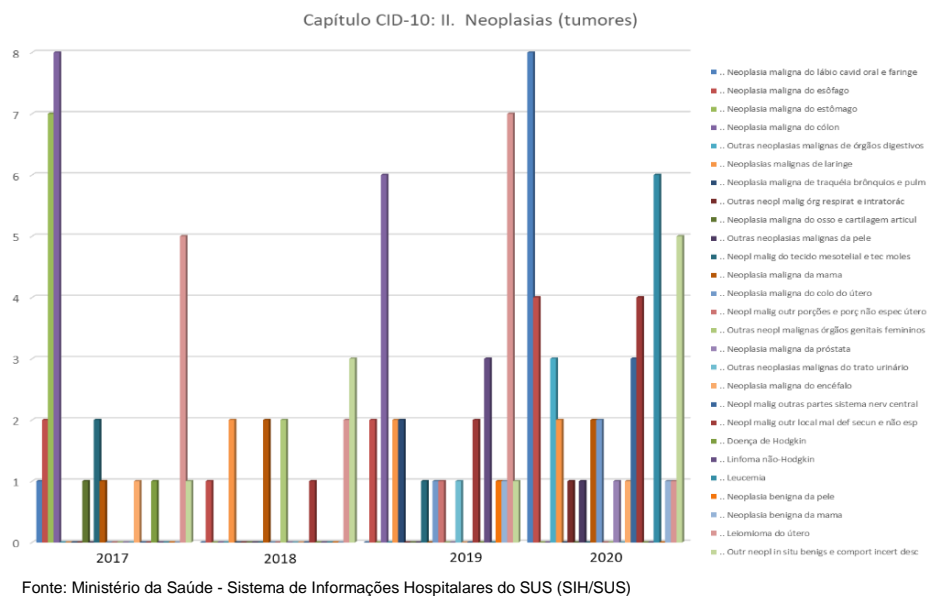
Na área oncológica, existem intervenções custo-efetivas em todas as abordagens de prevenção e controle - prevenção primária, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. O diagnóstico precoce, estimulado por políticas de alerta para os primeiros sinais e sintomas, pode resultar em melhora da sobrevivência, 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 no serviço de saúde no Estado. A Programação Pactuada Integrada (PPI/RN) garante a realização dos exames citopatológicos e mamografias/ano.



No Município de Tenente Laurentino Cruz/RN, no período de 2017 a 2020, observa-se um crescimento gradual nas internações por Leiomioma do útero, e uma redução nas internações por neoplasia maligna do colo do útero. Infere-se que esse fato se deve à dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e à qualidade da assistência prestada em todos os níveis de atendimento.

Gráfico 6 – Capítulo CID-10: II. Neoplasias (tumores), 2017 a 2020

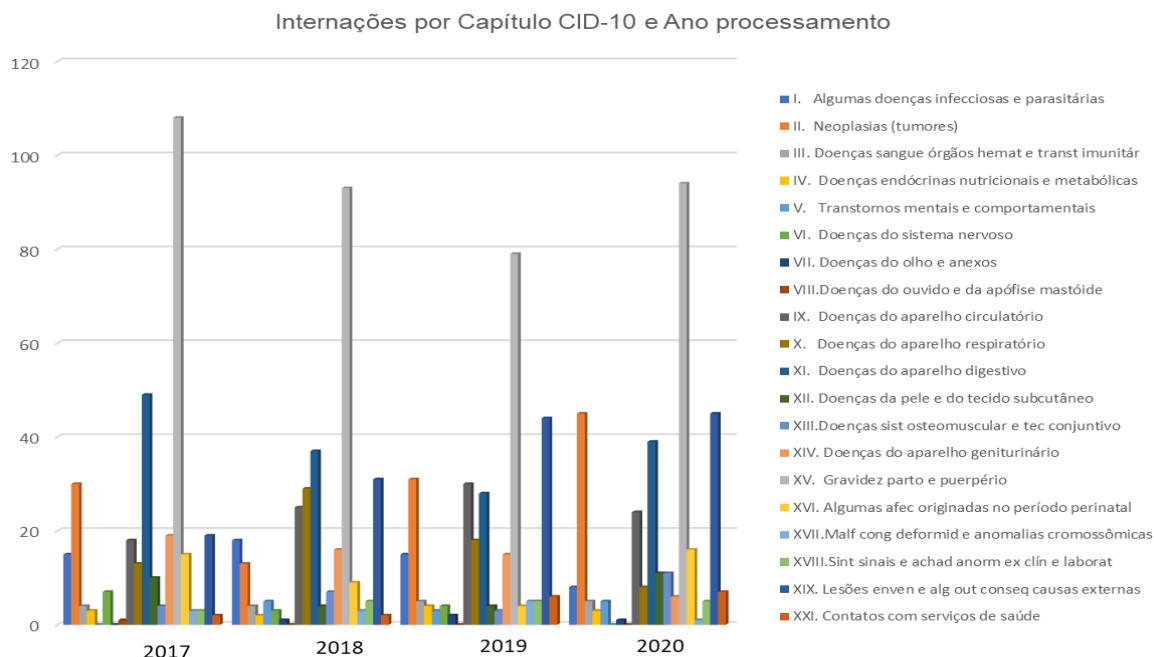


MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS

No ano de 2020 ocorreram no Município de Tenente Laurentino Cruz/RN cerca de 334 internações hospitalares, sendo que destas, 28,1% estão relacionadas à atenção ao parto e recém-nascido (SIH/SUS), ou seja, 94 partos, 8 abortos, além de 35 partos único espontâneo, 33 outras complicações da gravidez e do parto. As neoplasias representam no mesmo ano, 13,0% das internações hospitalares. Em seguida, aparecem as doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório e as causas externas. Essas causas concentram em torno de 34,7% das internações hospitalares. A evolução da morbidade hospitalar (Capítulo – CID10) no período 2017-2020 está representada no gráfico 7, abaixo:



Gráfico 7 – Internações por Capítulo CID-10 e Ano processamento, 2017 a 2020



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

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

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

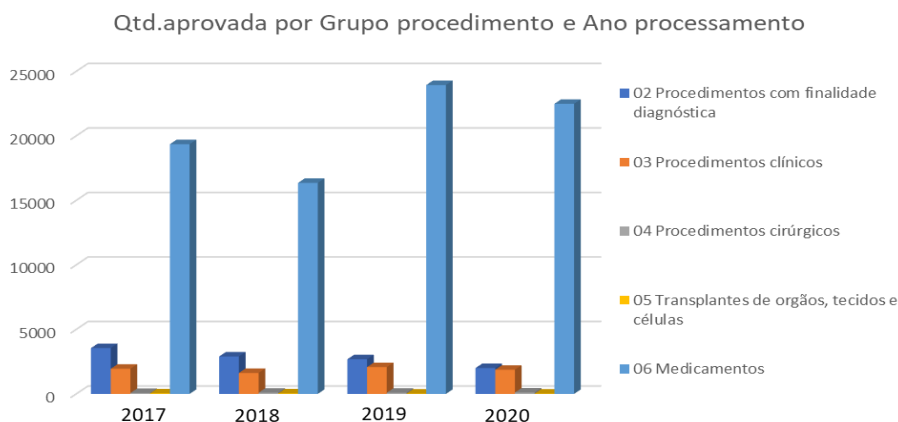


Cabe destacar que o Capítulo XIX (Lesões Envenenamentos e Algumas Outras Consequências de Causas Externas), ocupa o terceiro lugar como causa de internação e apresenta tendência ascendente no período. Refere-se ao registro das circunstâncias das causas externas, sendo comum o registro da lesão (traumatismo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

PROCEDIMENTO AMBULATORIAL POR GRUPOS DE CAUSAS

Analisando estatisticamente o Município de Tenente Laurentino Cruz/RN cerca dos procedimentos ambulatorial ofertado aos usuários do SUS, sendo que destas, 84,8% estão relacionadas à atenção ao tratamento dos usuários através de medicamentos (SIASUS), ou seja, 26.485 medicamentos ofertados. Os Procedimentos clínicos representam no mesmo ano, 8,3% dos procedimentos com um total de 1.871. Em seguida, aparecem os exames de finalidades de diagnóstico com 8,9% dos exames totalizando 2.004 atendimentos aos usuários com a finalidade de prevenção as doenças. A evolução do acesso ao sistema único.

Gráfico 8 – Grupo de Procedimento Ambulatorial, 2017 a 2020



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)



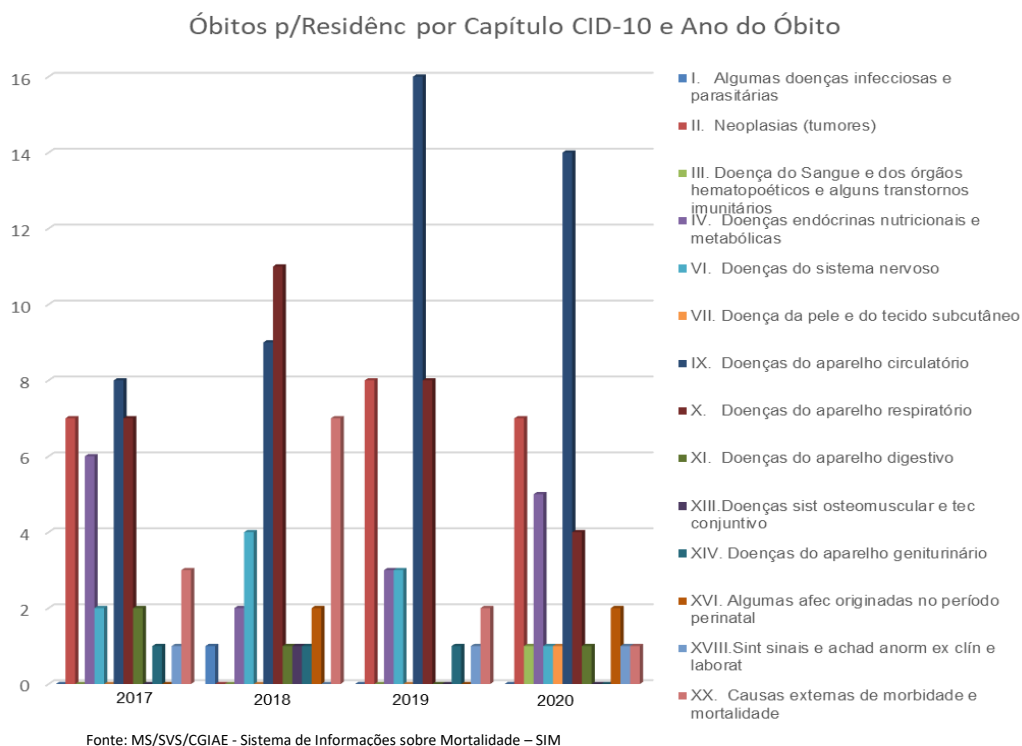
A análise das informações evidencia que nos procedimentos ambulatoriais (medicamentos sevelamer de 800 mg (por comprimido) é a principal causa de procedimento realizado no tratamento dos usuários do SUS, ou seja, 3.150 comprimidos) em todo o período e apresenta um declínio gradual. Entretanto, excluindo-se esse procedimento, observa-se que as seis principais causas de procedimentos correspondem os TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR, com 183 atendimentos clínicos, os exames citopatológico de prevenção do câncer do colo do útero e outras doenças, com 99 exames de diagnóstico, já as consultas especializadas com profissionais médicos, podendo observar que houve 391 atendimentos clínicos. Podem ser constatados também os exames de diagnóstico por imagem com a tomografia computadorizada, que vem a cada ano timidamente avaliando os dados, por exemplo, em 2017 (112); 2018 (99); 2019 (86); já em 2020 foi realizado (102 procedimentos por imagem), enquanto isso as ressonâncias magnéticas vêm gradativamente ano-año com um aumento significativo os diagnóstico dos usuários, evidenciando um diagnóstico de qualidade das doenças e mudança no perfil das intervenções clínica.

ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

A análise da Mortalidade por Causas (Capítulo CID-10) no período 2017 a 2020 no município de Tenente Laurentino Cruz – RN, revela que as três principais causas de óbito somam aproximadamente 68,4% do total no ano de 2020. São elas, as Doenças do Aparelho Circulatório (36,8%), as Neoplasias (18,4%) e Alguns Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (13,1%). Em seguida estão as Doenças do Aparelho Respiratório (10,5%), Alguns efec originadas no período perinatal (5,2%), Causas Externas de Mortalidade, Doença do Sistema Nervoso, Doença da Pele e do tecido subcutâneo (2,6%).



Gráfico 9 – Óbitos p/Residência por Capítulo CID-10 e Ano do Óbito, 2017 a 2020

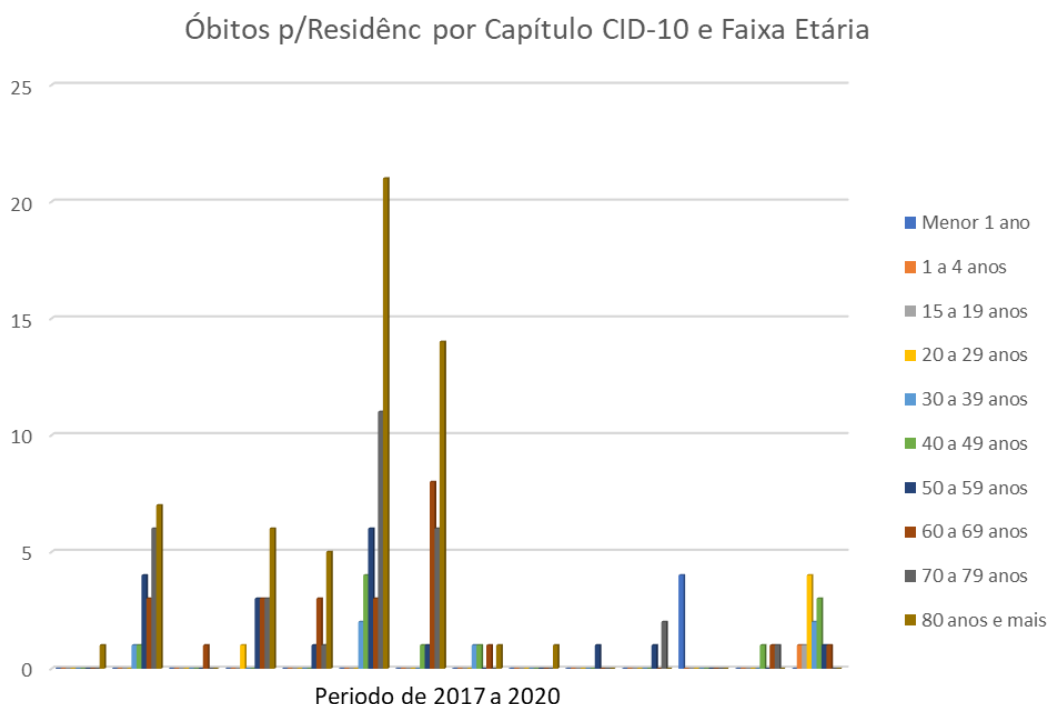


Merece destaque, como causas isoladas de óbitos (Causas CID-BR-10), as Doenças Isquêmicas do Coração, seguidas das Diabetes mellitus constituindo a terceira causa de óbito; em seguida estão as Doenças Cerebrovasculares, a Pneumonia, e os Acidentes de Transporte. As neoplasias malignas mais frequentes são as dos órgãos digestivos. Alguns desses agravos exibem uma tendência claramente ascendente, como é o caso das Doenças cerebrovasculares.

O conceito de morte evitável é fundamental para o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, uma vez que a mensuração de indicadores de causas de morte evitáveis permite análises de tendências temporais no município de Tenente Laurentino Cruz/RN. As análises de tendências de indicadores sensíveis à atuação dos serviços de saúde podem fornecer indicativos sobre o desempenho do sistema de saúde possibilitando a prevenção de mortes desnecessárias e precoces, além de medir o resultado ou impacto dos serviços de saúde.



Gráfico 10 – Óbitos p/Residência por Capítulo CID-10 e Ano do Óbito, 2017 a 2020



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

A análise dos Óbitos por causas evitáveis na população de 5 a 79 anos, no período de 2017 a 2020, no Município de Tenente Laurentino Cruz – RN aponta para uma proporção de aproximadamente 73,7%, sendo que destes, 40,3% são devidos a causas redutíveis por ações de promoção, prevenção, controle e atenção às **doenças não transmissíveis**. Dentre as doenças não transmissíveis destacam-se as Doenças do Aparelho Circulatório, a diabetes mellitus e as doenças cerebrovasculares; nas Causas Externas predominam os acidentes de transporte.

Com relação aos óbitos por causas evitáveis na população de 0 a 4 anos de idade, nos mesmo período dos anos, aproximadamente 2,5% são devidos a Causas Redutíveis por **atenção à gestação, parto, feto e recém-nascido**. Dessas, 100,0% são Causas Redutíveis por **atenção à mulher na gestação**, como também por adequada **atenção ao recém-nascido**.

A taxa de mortalidade infantil, no Município de Tenente Laurentino Cruz/RN no período de 2017 a 2020, apresenta tendência decrescente no período, embora ainda seja considerada alta para os padrões internacionais. No entanto, ao desagregar a informação por grupo etário, observa-se que a mortalidade neonatal, que corresponde



às mortes ocorridas nos primeiros 28 dias de vida, não foi constatada nenhum óbito no período analisado do total de óbitos de menores de 1 ano de idade que foram 2 óbitos ocorridos, o que reafirma a evitabilidade desses óbitos.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Vigilância Epidemiológica

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

A Vigilância Epidemiológica do Município de Tenente Laurentino Cruz/RN é abrangente, envolvendo ações, tanto de controle de Doenças Transmissíveis, quanto de agravos e Doenças não transmissíveis. Sua gestão compreende um ciclo de ações e funções específicas e Inter complementares 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: coleta de dados, processamento de dados coletados, análise e interpretação de dados processados, recomendação de medidas de controle apropriadas, promoção das ações de controle indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, comunicação e divulgação das informações pertinentes.

É compromisso da gestão Municipal ampliar o acesso das informações epidemiológicas aos profissionais de saúde e à população em geral, bem como,



subsidiar a gestão com informações que auxiliem o planejamento e execução das ações na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Vigilância Ambiental

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

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

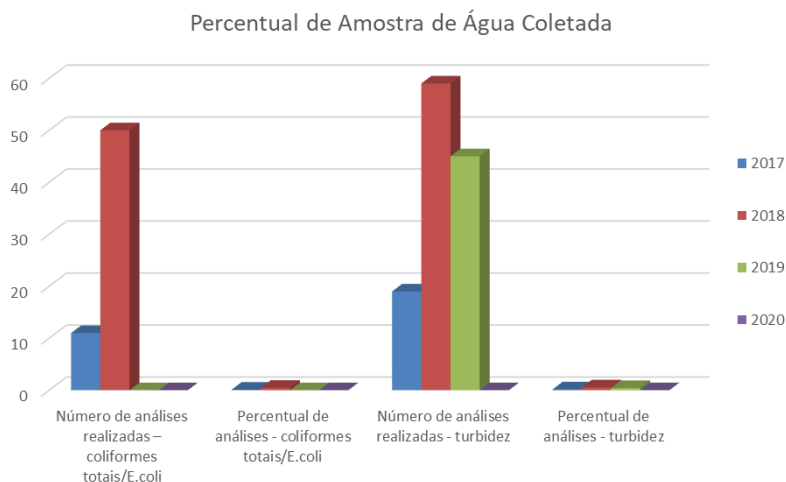
O componente ambiental de maior importância como condicionante da saúde é a água. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, as doenças de veiculação hídrica são responsáveis por cerca de 80% das doenças que ocorrem em países em desenvolvimento (Coelho et al, 2007, Apud Nascimento, 2011). Assim a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

Três parâmetros básicos da qualidade da água devem ser monitorados: Coliformes totais, Turbidez e Cloro residual livre. De acordo com a Portaria nº 2.914/2011, a desinfecção é obrigatória a todos os sistemas de fornecimento de água para abastecimento público, visando à proteção da saúde dos consumidores.



O quantitativo amostral do município varia de acordo com o tamanho de sua população. No período de 2017 a 2020 percebe-se um aumento no número de coletas de amostras de água realizadas pelos municípios.

Gráfico 11 – Percentual de amostra de água coletada, 2017 a 2020



Fonte: Pograma Nacional de Vigilância da Qualiidade da Água para Consumo Humano – Vigigiagua

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

Vigilância Sanitária

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



Quanto à sua atividade precípua definida na Lei, a VISA Municipal tem enfrentado dificuldades atinentes à legislação, o que impõe a inadiável implantação do principal ato normativo – Código Sanitário Municipal, atravancando o avanço da vigilância do SUS.

Com relação à descentralização, atualmente 100% do município encontram-se recebendo o Piso Fixo de Vigilância Sanitária/PFVISA da esfera federal, no entanto, poucos assumiram a responsabilidade das ações, fazendo-se necessários maiores investimentos no Monitoramento e Avaliação dos serviços municipais e o alcance das correspondentes a metas.

A prioridade da SUVISA é a consolidação do processo de descentralização através da transferência das ações de vigilância sanitária ao município. Desta forma, vem objetivando o fomento da vigilância sanitária municipal e a capacitação dos fiscais e agentes sanitários municipais para estarem aptos a assumirem as ações, em conformidade com a respectiva Programação Anual da Vigilância Sanitária Municipal.

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

IV. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

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



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Município de Tenente Laurentino Cruz/RN o acesso da população aos serviços de saúde ampliou-se devido à expansão da Estratégia Saúde da Família, especialmente na área urbana do município com o maior porte populacional.

Além dos vazios assistenciais presentes no município com grande representatividade populacional, a Atenção Básica de grande parte do município com coberturas de 100%, possuem entraves relacionados ao não cumprimento da carga horária, precarização do vínculo empregatício, equipes e escalas incompletas que denotam descontinuidade da atenção, também pela falta de acesso a serviços de média e alta complexidade. Ressalte-se que tais problemas também são encontrados na assistência hospitalar, muitos em virtude da não resolutividade do que se espera que ocorra na Atenção Básica.

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

Figura 3 – Mapa de Identificação da Rede de Saúde



Fonte: Mapa da Saúde



ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

No Município de Tenente Laurentino Cruz/RN ainda prevalece o modelo tradicional de especialidades com diferentes composições de pactuação dos procedimentos entre os municípios de referência por região de saúde, existindo verdadeiros vazios assistenciais em alguns municípios e regiões e grande estrangulamento em outras, principalmente na alta complexidade na área hospitalar.

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

Produção Ambulatorial do SUS - Rio Grande do Norte - por local de atendimento

Qtd.aprovada por Grupo procedimento e Ano processamento

Município: 241415 Tenente Laurentino Cruz

Complexidade: Média complexidade, Alta complexidade

Período:2017-2020

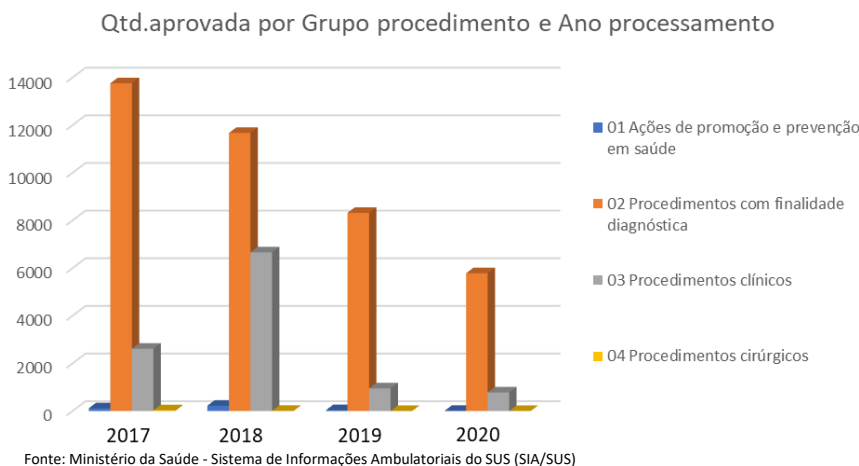
Grupo procedimento	2017	2018	2019	2020	Total	%
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	115	222	35	4	376	1%
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	13756	11669	8315	5780	39520	78%
03 Procedimentos clínicos	2613	6658	949	779	10999	22%
04 Procedimentos cirúrgicos	30	5	-	-	35	0%
Total	16514	18554	9299	6563	50930	100%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

A Tabela 2 demonstra que os resultados da produção ambulatorial estão coerentes com a realidade, porém ainda não correspondem ao esperado, pelos preceitos legais, nos diversos níveis de grupos de procedimentos. Teoricamente nos procedimentos clínicos de média complexidade atendeu 22,0% dos problemas de saúde, as ações de promoção e prevenção em saúde com 1,0%, e os procedimentos com finalidade diagnóstica perfazendo 78,0% respectivamente.



Gráfico 12 – Grupo Procedimento Ambulatorial de Média Complexidade, 2017 a 2020



De acordo com a Tabela 2 acima citada, percebe-se que existe uma concentração de ações de saúde por grupo de procedimentos realizados especificamente em procedimento com finalidade de diagnóstica, seguida de ações de procedimentos clínicos e promoção e prevenção a saúde dentro da média complexidade podemos observar o carro chefe nesse nível de atenção que os procedimento clinicos, onde se concentra grande consetração de atendimentos aos usuários.

Produção Ambulatorial do SUS - Rio Grande do Norte - por local de atendimento

Qtd.aprovada por Complexidade e Ano processamento

Município: 241415 Tenente Laurentino Cruz

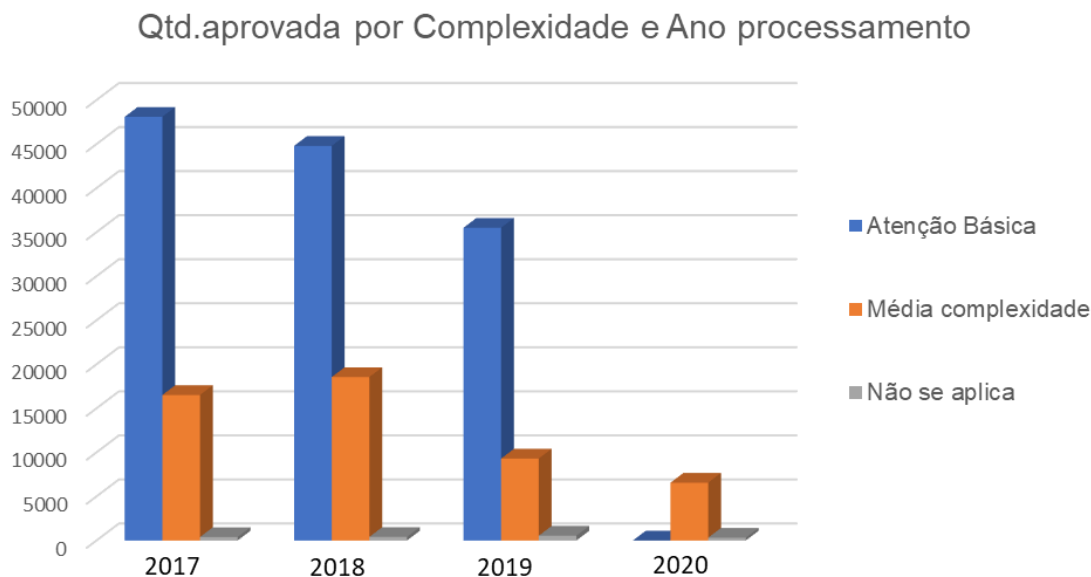
Período:2017-2020

Complexidade	2017	2018	2019	2020	Total	%
Atenção Básica	48097	44798	35501	0	128396	71%
Média complexidade	16514	18554	9299	6563	50930	28%
Não se aplica	391	405	542	317	1655	1%
Total	65002	63757	45342	6880	180981	100%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)



Gráfico 13 – Procedimento Ambulatorial por Nível de Complexidade, 2017 a 2020



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

De acordo com a Tabela 3 acima, percebe-se que existe uma concentração de ações de saúde por local de atendimento de 71,0% dos procedimentos realizados na atenção básica, seguida 28,0% dos procedimentos na média complexidade e 1,0% não se aplica, tendo em vista o carro chefe nesse nível é atenção básica onde se concentra o primeiro acesso da população no serviço de saúde.

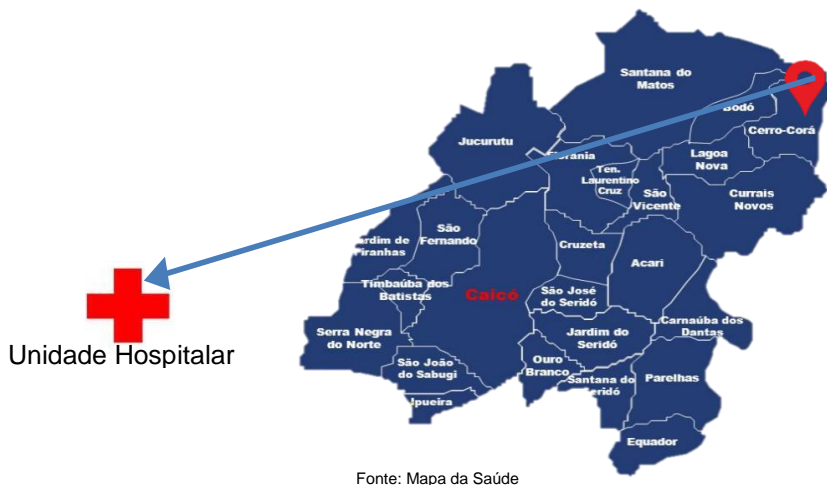
ATENÇÃO HOSPITALAR

A Unidade Hospitalar do Município de Tenente Laurentino Cruz/RN é um componente fundamental na integralidade do cuidado, concebido de forma ampliada integrada, respondendo a situações de maior complexidade ou gravidade.

A rede hospitalar do Município de Tenente Laurentino Cruz/RN é composta apenas por 1 unidade de média e alta complexidade que, em sua maioria não conseguem atender suas demandas de forma resolutiva, adequada e eficiente tendo que encaminhar os usuários para o serviço de referência no estado do Rio Grande do Norte de acordo com a sua Pactuação através da PPI.

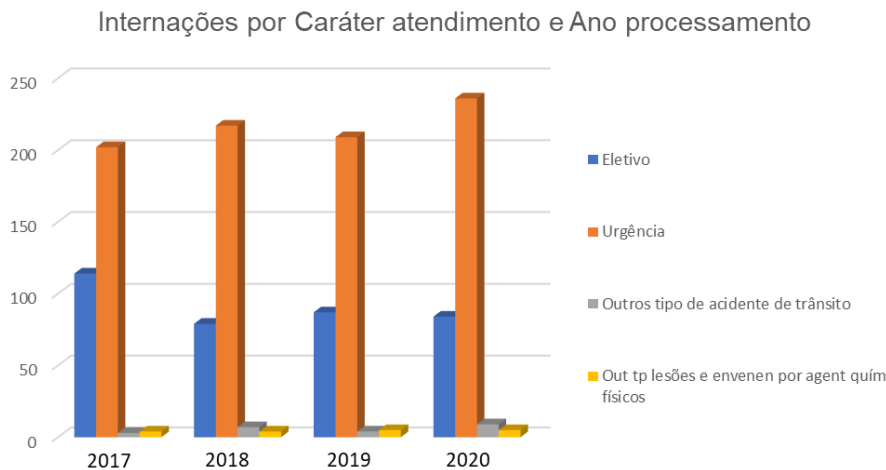


Figura 4 – Mapa de Identificação da Rede de Saúde



Com relação aos internamentos por caráter de atendimentos, as que mais internaram foram os procedimentos de urgência e emergência com 66,6%, os eletivos com 23,70% e outros tipo de acidente de trânsito com 3,14%. E outras lesões e envenenamento por agente químico físicos 6,48% do total de internações hospitalares (gráfico 14)

Gráfico 14 – Internações Hospitalar por Caráter de Atendimento, 2017 a 2020



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIH/SUS)

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Unidade farmacêutica no Município de Tenente Laurentino Cruz/RN é responsável pela execução das ações de Assistência Farmacêutica no Município,



abrangendo os Componentes Básico, Estratégico e Especializado, além da logística de abastecimento da rede de atenção a saúde do Município.

No Município, a gestão do Componente Básico prioriza a utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como instrumento racionalizador das ações no âmbito da Assistência Farmacêutica (AF), é imprescindível definir a relação Município de medicamentos.

O município ainda não tem o sistema implantado o software “HORUS”, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), que é uma ferramenta de gestão que permite o controle mais eficiente dos recursos financeiros investidos nos processos de aquisição e distribuição dos medicamentos, melhor controle de estoque com redução das perdas e das interrupções no fornecimento dos medicamentos nos serviços, geração de dados para o desenvolvimento de indicadores de Assistência Farmacêutica-AF para auxiliar no planejamento, avaliação e monitoramento das ações nessa área.

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

REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

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



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

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

- Rede Cegonha (RC) instituída pela Portaria nº 1.459/ GM/ MS de 24 de junho de 2011;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências (atual RUE) instituída pela Portaria 1.600/GM/MS de 07 de julho de 2011;
- Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, instituída pela Portaria nº 3.088/GM/MS de 23 de dezembro de 2011;
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria nº 793/GM/MS de 24 de abril de 2012, e seu financiamento instituído por meio da Portaria nº 835/GM/MS de 25 de abril de 2012;
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, instituída pela Portaria 483/GM/MS de 01 de abril de 2014;
- Considerando as portarias citadas, iniciou-se a construção coletiva dos planos de ação das redes, observando as peculiaridades de cada rede temática e sua inserção em cada região.

Rede de Urgência e Emergência (RUE)

Em conformidade com o Plano Estadual de Estruturação da Rede de Atenção às Urgências do RN – RAU/RN, a Região do Seridó 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 (dezesesseis) municípios que a constituem, quais sejam, Natal, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Macaíba, Extremoz, Ceará-Mirim, São José de Mipibu, Nísia Floresta, Monte Alegre,



João Câmara, Touros, Santo Antônio, Goianinha, Canguaretama, Macau e Nova Cruz.

Entretanto, por questões de viabilidade operacional e organização dos serviços de saúde na região do Seridó não foi possível à implantação da RUE, pelos municípios da região, no intuito da vinculação de cada município.

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

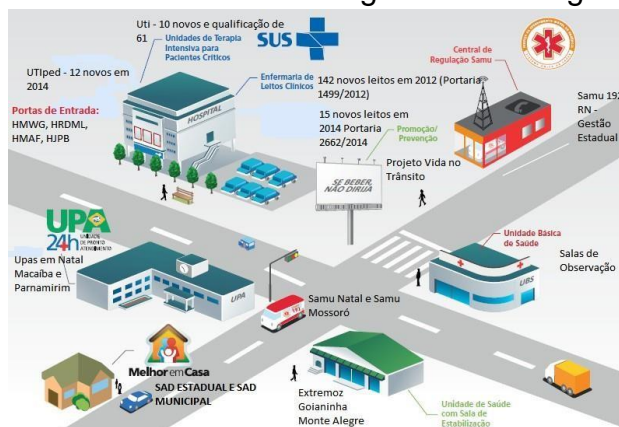
Figura 5 – Componentes da Rede de Urgência e Emergência – RUE



Fonte: SAS/MS, 2011.

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

Figura 6 – Panorama da Rede de Urgência e Emergência - RUE



Fonte: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Rede Prioritária de Atenção à Saúde instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Sua finalidade é a criação, ampliação e articulação de diversos



componentes de rede e seus pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da intersetorialidade.

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

Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência (RCPD)

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

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

É importante ressaltar a conjuntura dos serviços das redes assistencial no município de Tenente Laurentino Cruz/RN, com intuito de prestar um serviço de saúde de qualidade equidade aos usuários do SUS nos municípios de referência com pactuação vigentes.



Rede Cegonha (RC)

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

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

Atualmente todas as regiões de saúde do Estado possuem os planos de ação da RC aprovados em CIR e CIB. Receberam recursos para investimento da rede a II, VI, VII e VIII Regiões de Saúde e recursos de custeio para média e alta complexidade apenas a II e VII Regiões.

Considerando o componente pré-natal, o município está desenvolvendo ações e implementação dos testes rápidos de HIV, Hepatite, Sífilis, no intuito de promover a prevenção da saúde dos indivíduos.

Rede de Cuidados à Pessoa com Doenças Crônicas

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

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

Linha de Oncologia

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

Figura 7 – Linha de Cuidado de Oncologia



Para que isso aconteça torna-se necessário que o acesso desse paciente aos serviços que fazem parte dos diversos componentes seja viabilizado possibilitando que o usuário possa ter um tratamento oportuno e seguro, após serem diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo.

As ações de promoção da saúde com enfoque na atenção oncológica estão em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, quais sejam: estimular a alimentação saudável, implementar a vigilância nutricional para redução da obesidade, estimular a prática de atividade física, dirimir o uso de



agrotóxicos e controlar e reduzir o uso de tabaco e álcool. Ocorrem de sobremaneira na atenção básica, que está mais próxima do cotidiano das mulheres e as acompanha ao longo da sua vida. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem diagnosticar precocemente um câncer.

Apesar disso ainda temos alguns vazios assistenciais mesmo existindo esses serviços habilitados em oncologia devem realizar atendimento integral aos usuários do SUS conforme preconiza as normativas vigentes do Ministério da Saúde.

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 contra referência 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).

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

A partir da discussão do caso clínico e configurada a necessidade de realização do procedimento cirúrgico, os profissionais do município envolvidos dentro da Linha de Cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade iniciam um



acompanhamento diferenciado com o paciente para orientá-lo sobre as mudanças que pós-procedimento cirúrgico. Nesse momento, ocorre também a solicitação de exames bioquímicos e de imagem para que o paciente possa realizar a cirurgia com maior brevidade.

REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

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

Figura 8 - Distribuição das Centrais Regionais de Regulação no Rio Grande do Norte



A Política de Regulação da Atenção à Saúde no RN tem como objetivo implementar um gama de ações meio que incidam sobre os prestadores públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de Saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações. Deve, portanto, articular e integrar



mecanismos que permitam aos gestores e profissionais de saúde regular as ações e serviços de saúde, tais como: fazer dos contratos, pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à saúde; desenvolver os protocolos assistenciais e implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores.

GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

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

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



estados e municípios, apontando para a organização de um sistema com regras estabelecidas para a gestão do trabalho e desenvolvimento de seus trabalhadores, esses aspectos foram relevantes para a organização do SUS no sentido de orientar o preparo da sua força de trabalho.

Para atender ao desafio do SUS em construção, a gestão do trabalho e da educação na saúde envolvem intervenções intrincadas, e a partir do processo de trabalho emergem demandas, por educação permanente, na perspectiva da transformação das práticas e inovação na organização e gestão municipal dos serviços de saúde em consonância com as três esferas de governo, compreendendo um conjunto de estratégias que vão além das atividades de treinamento, capacitação, educação continuada e da burocracia que permeia os processos administrativos e de condução de planos de cargos e salários, demandando o planejamento de ações, a partir de diagnósticos situacionais e em conformidade com a complexidade da organização do setor saúde.

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

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



V. PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA GESTÃO EM SAÚDE

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

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

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

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



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

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

REGIONALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

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

Ao buscarmos a implementação da regionalização solidária e cooperativa, verificamos a necessidade de que todos os envolvidos devem ter uma abertura para o novo, para acolher as diferentes concepções e trabalhar no e com o coletivo, saindo de uma prática fragmentada e individualista, para a construção colaborativa, em que todos se interligam num esforço conjunto. Eis aqui um grande desafio a ser superado.

A construção das redes assistenciais regionalizadas à luz do preconizado pelo SUS requer que a Região seja tomada em sua vitalidade e reconhecida na realidade concreta dos sujeitos que a habitam. A tradicional divisão administrativa- geográfica presente em muitas experiências de regionalização no País e em nosso Estado, região e município não é diferente, não se mostrou viável para efetivar a complexa proposta organizacional do SUS. Fluxos e pactuações para realizar a assistência à saúde à população não podem se limitar a registros documentais para tramitação de



peças burocráticas institucionais e repasse de recursos financeiros, mas, devem retratar as necessidades e as experiências municipais registradas nos próprios dados institucionais e, sobretudo, na vida das pessoas que adoecem e demandam por ações e serviços de saúde.

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

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

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

É oportuno informar ainda que, apesar de terem sido realizados vários movimentos para a assinatura do COAP no Estado, a conjuntura político-econômica, tem contribuído de forma imperiosa para que os municípios fiquem receosos diante desse contexto, além de, naturalmente ser afetado pelas debilidades históricas e culturais que se arrastam desde o início do Sistema.

OUVIDORIA

As atribuições da ouvidoria são permitir ao cidadão a sua permanente comunicação e interlocução, através do recebimento de denúncias, reclamações,



críticas, sugestões e elogios, pedidos de informações, de entidades representativas, órgãos públicos e autoridades, bem como a obtenção das respostas por parte destes, e informações sobre ações desenvolvidas pela Instituição e levar estas informações ao conhecimento dos gestores.

CONTROLE SOCIAL / CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

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

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

No processo de construção de uma política de saúde igualitária e universal, a participação popular, ou o Controle Social, é de fundamental importância. A Lei Nº. 8.142/90, promulgada como uma norma regulamentadora disciplina a participação da comunidade na gestão do SUS, apresentando como esferas de instâncias colegiadas, ou seja, esferas de decisões coletivas, as conferências de saúde e os conselhos de saúde, devendo existir no âmbito municipal, estadual e nacional.



VI. METODOLOGIA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE Planejamento Estratégico

Em 2019 foi realizado o primeiro fórum de discussões de proposta voltada para ações na saúde, a conferência municipal de saúde no intuito de subsidiar o planejamento estratégico que servirá de subsídios para o Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2022 - 2025, nas quais foram discutidas e construídas a missão, visão de futuro e valores que refletem a realidade de saúde desejada no período dos anos subsequente do Plano Municipal de Saúde.

Em 2021 também foi realizada Audiência Pública com intuito de traçar metas para os próximos quatro anos dentro do Plano Municipal de Saúde a partir de análise dos diversos instrumentos de gestão, recomendações estabelecidas na Lei Complementar nº 141 de 13 de Janeiro de 2012 definindo objetivos estratégicos, e ressaltando também o alinhamento ao Plano Plurianual 2022-2025 e no modelo de ajuste organizacional projetado para a SMS atender às demandas do sistema de saúde. Diante do exposto, o grupo de gestores e técnicos entendeu que a SMS deve ter a seguinte missão: “Formular, coordenar e garantir a efetividade da Política estabelecida pelo Estado e União na área da Saúde, promovendo o acesso integral e humanizado em todos os níveis de atenção, conforme os princípios e diretrizes do SUS”.

Como visão de futuro para dentro do período de quatro anos do Plano Municipal de Saúde: “Ser uma instituição de excelência na gestão da Política Municipal de Saúde, de forma regionalizada e participativa, com controle e transparência.”

Os valores organizacionais foram sintetizados da seguinte forma:

- ✓ Universalidade: garantia de atenção à saúde a todo cidadão.
- ✓ Equidade: tratamento justo, com imparcialidade e respeito à igualdade de direitos, considerando a realidade e as necessidades de cada indivíduo.
- ✓ Integralidade: reconhecimento do indivíduo como um ser integral devendo ser atendido por um sistema que promova, proteja e recupere sua saúde.
- ✓ Humanização da Gestão e da Atenção: respeito a todas as pessoas, reconhecendo sua singularidade e tratando com dignidade as diferenças e



divergências.

- ✓ Compromisso: propósito de oferecer serviços com qualidade, integralidade, universalidade e equidade, responsabilidade e tempestividade; de acordo com os preceitos da administração pública e com relações baseadas na ética, no trabalho em equipe, na corresponsabilidade e no profissionalismo.
- ✓ Resolutividade: busca permanente por resultados, monitorados e controlados por indicadores de desempenho legitimados, tendo capacidade de dar resposta às necessidades dos usuários de forma adequada e de acordo com a regionalização.
- ✓ Eficiência: ser competente e produtivo, atingindo objetivos com menor custo, com controle efetivo de despesas e zelo no uso dos recursos, com o mínimo de erros e desperdícios.
- ✓ Transparência: relacionamento com usuários, trabalhadores e sociedade, baseado em comunicação clara e informações confiáveis, garantindo pleno acesso à informação.
- ✓ Participação: adoção de modelo de gestão participativa, com instâncias colegiadas para tomada de decisões compartilhadas e incentivo ao trabalho em equipe, contemplando a singularidade dos indivíduos e com corresponsabilidade na atenção e na gestão.

VII. EIXOS DO PLANO

O Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2022 - 2025 tem seu plano de metas estruturado em quatro eixos, que devem pautar a atuação da equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Tenente Laurentino Cruz/RN.

O primeiro eixo se refere ao papel do Município na direção, coordenação do sistema e apoio aos sistemas na rede municipal, com destaque para a coordenação do processo de organização das redes local.

O segundo eixo relaciona-se à gerência dos serviços que complementam a oferta no município e dão sustentação às redes de atenção no conjunto das complexidade de saúde, com serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva



de forma local, melhoria dos padrões sanitários, infraestrutura física, tecnológico e serviços de prestação continuada, bem como a reestruturação da rede de atenção à saúde.

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

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

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

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

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



adequadas às necessidades do paciente em todos os âmbitos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

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

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

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

Eixo 2 - Operacionalização de Ações e Serviços Complementares

A lógica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Nesse sentido, o acesso da população a esta rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não



forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

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

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

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

Enquanto a rede de serviços de atenção básica deve ser extremamente capilarizada com unidades de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem e trabalham, tendo, portanto, como sua principal característica a descentralização, a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada



(economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto à qualidade da atenção a ser prestada.

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

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

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

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

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



ambulatorial de média complexidade em levaram a ampliação da demanda para a alta complexidade, com graves prejuízos à população e repercussões nos custos do sistema.

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

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

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

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

A dificuldade encontrada pelo município, tendo em vista sua atomização pela baixa arrecadação, fala de corpo técnico qualificado, o subfinanciamento do SUS e as



dificuldades de apoio do ente estadual nesse cenário impediu a consolidação do processo de regionalização no Estado.

Diante do exposto, se faz urgente a retomada do processo de descentralização das ações, com o fortalecimento da rede assistencial de saúde no âmbito Municipal em consonância com rede estadual de saúde, e o desenho da rede regulada por sistemas de apoio e logísticos, de forma integral, hierarquizada e regionalizada, com vistas à formação de um sistema integral, resolutivo e igualitário

Eixo 3 - Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

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

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

Sabe-se que o investimento na Gestão do Trabalho influencia decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado de seu trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema.

Nesse sentido, os trabalhadores do setor Saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis



para a população. Mesmo a utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um trabalhador de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção.

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

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

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

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



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

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

Eixo 4 - Desenvolvimento Institucional e Gestão Estratégica e Participativa.

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

Nesse contexto, o SUS surge como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade,



equidade, integralidade e participação da comunidade, indicando que esta deve atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde.

As especificidades da área da saúde fazem com que o debate acerca da função, do vínculo, dos resultados e das finalidades da implantação de toda e qualquer ação seja efetivada com base nos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na universalidade, equidade integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular. Tais princípios e diretrizes devem ser discutidos e incorporados na formulação de políticas dessa natureza.

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

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

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

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

Igualmente, é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo. Torna-se



necessário, também, aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS.

A auditoria no âmbito do SUS também passa por um processo de mudança de conceitos, normas e procedimentos, substituindo antigas práticas voltadas para a assistência individual e focadas no erro, reforçando a preocupação com o acompanhamento dos serviços de saúde, das ações preventivas, da qualidade de assistência e da gestão de análise dos resultados, contribuindo para a garantia do acesso e da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, pautada na visão do coletivo.

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



VIII – DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS DESCRITAS E INDICADORES

EIXO – FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO CUIDADO E REGULAÇÃO DO ACESSO

DIRETRIZ 1: Ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde, em tempo oportuno, adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção primária à saúde e atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1.1: Qualificar a Atenção Primária à Saúde visando aumentar a efetividade e a resolutividade

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
1.1.1	Manter a cobertura populacional estimada pelas equipes da APS	Cobertura populacional estimada pelas equipes da APS	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.2	Manter a cobertura populacional estimada pelas equipes da saúde bucal na APS	Cobertura populacional estimada pelas equipes da saúde bucal na APS	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.3	Manter e aumentar o número de Equipes de Saúde Bucal na APS.	Percentual de Equipes de Saúde Bucal na APS.	2	2021	Nº	100,00	Nº	0	1	0	0
1.1.4	Cadastrar a população no SISAB	Percentual da população cadastrada no SISAB.	98,6	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.5	Realizar processo de territorialização e remapeamento de áreas de atuação das Equipes da ESF.	Percentual de Equipes da ESF com área remapeada e processo de territorialização concluído.	0,00	2021	%	20	%	10	0	10	0
1.1.6	Implantar Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) nas Equipes da Estratégia Saúde da Família.	Percentual de Equipes da ESF com o PEC implantado.	0,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.7.	Expandir para as UBS da rede de atenção à saúde a metodologia do Projeto PlanificaSUS.	Percentual de UBS contempladas com o PlanificaSUS.	1	2020	N	3	N	3	0	0	0



1.1.8.	Realizar classificação de risco dos usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.	Percentual de usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica com classificação de risco realizada.	0,00	2021	%	100,00	%	25,00	25,00	25,00	25,00
1.1.9	Aumentar a Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos.	Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos.	0,05	2020	%	0,40	Razão	0,40	0,40	0,40	0,40
1.1.10	Aumentar a razão de exames citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	Razão de exames citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	0,41	2020	%	0,33	Razão	0,33	0,33	0,33	0,33
1.1.11	Ampliar o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	Percentual de diabéticos com o exame de hemoglobina glicada solicitado.	25,0	2021	%	50,0	%	50,00	50,00	50,00	50,00
1.1.12	Ampliar o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.	13,0	2021	%	50,0	%	50,00	50,00	50,00	50,00
1.1.13	Reduzir a proporção de exodontia sobre os demais procedimentos em saúde Bucal	Proporção de exodontia sobre os demais procedimentos em saúde bucal	6,60	2021	%	4,0	%	1,0	1,0	1,0	1,0
1.1.14	Reduzir as internações por diabetes mellitus e suas complicações.	Número de internações por diabetes mellitus e suas complicações.	1,48	2020	%	50,0	%	15,0	20,0	10,0	5,0
1.1.15	Reduzir as internações por AVC.	Percentual de internações por AVC	14,28	2020	%	50,00	%	25,00	10,00	5,0	10,0
1.1.16	Implantar e Fortalecer as ações do Projeto Proteja.	Percentual de Profissionais participante Nas ações do Projeto Proteja	0,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.17	Implantar as ações do Projeto saúde do homem.	Percentuais de Ações Realizadas do Projeto Saúde do homem	0,00	2021	%	100,00	%	70,00	10,00	10,00	10,00
1.1.18	Fortalecer o Serviço ambulatorial do Laboratório de prótese Dentária.	Numero de Usuários do SUS atendidos com o programa de próteses dentária	0	2020	Nº	960	Nº	240	240	240	240



OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 1.2. Aprimorar a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, com vistas à continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
1.2.1	Assegurar recursos de custeio para os serviços de apoio de diagnóstico e diagnóstico.	Percentual de serviços de apoio diagnóstico com Recurso de custeio assegurado.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
1.2.2	Prover o funcionamento dos serviços de atenção especializada ambulatorial	Percentual de serviços de atenção especializada em funcionamento.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
1.2.3	Prover o funcionamento do serviço de atenção especializada hospitalar	Serviço de atenção especializada em funcionamento.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
1.2.4	Fortalecer as ações de referenciamento e matriciamento realizadas com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) através das equipes de APS	Percentual de ações de referenciamento realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) através das equipes de APS	0,00	2021	%	60	%	20,00	15,00	10,00	15,00
1.2.5	Promover o fortalecimento do transporte sanitário adequado para a condução dos pacientes para o serviço ambulatorial de média e alta complexidade de referência.	Percentual de serviço de transporte sanitário adequado em pleno funcionamento.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00

DIRETRIZ 2: 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 à Saúde, nas Redes Temáticas e nas Redes de Atenção à Saúde.

OBJETIVO 2.1: Fortalecer a saúde materna e a infância com vistas à redução de eventos de mortalidade.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
2.1.1	Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	21,00	2020	%	13,50	%	13,00	12,00	11,50	11,00



2.1.2	Ampliar a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas de pré natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação	Proporção de gestantes com pelo menos 6(seis) consultas de pré natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação	60,00	2021	%	60,00	%	65,00	70,00	75,00	80,00
2.1.3	Ampliar a proporção de gestantes com realização de exames de HIV e sífilis	Proporção de gestantes com realização de exames para HIV e sífilis.	58,00	2021	%	60,00	%	70,00	75,00	80,00	85,00
2.1.4	Ampliar a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	Percentual de gestantes com atendimento odontológico realizado.	12,00	2021	%	60,00	%	70,00	75,00	80,00	85,00
2.1.5	Manter o número de casos novos de Aids em menores de 5 anos .	Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos.	0,00	2021	%	0	%	0,00	0,00	0,00	0,00
2.1.6	Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade,	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	0	2021	Nº	0	Nº	0	0	0	0
2.1.7	Manter o número de óbitos maternos.	Número de óbitos maternos	1	2020	Nº	0	Nº	0	0	0	0
2.1.8	Reduzir o número de óbitos infantis	Número de óbitos infantis	0	2020	Nº	0	Nº	0	0	0	0
2.1.9	Ampliar a proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar	Percentual de parto normal	44,50	2020	%	37,88	%	37,88	40,00	45,00	50,00

OBJETIVO 2.2: Minimizar as mortes e adoecimento por causas evitáveis e condições imunopreveníveis.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
2.2.1	Ampliar a proporção de vacinas selecionadas no CNV para crianças <2 anos- (3ª dose), Pneumocócica 10 valente(2ª dose), Poliomielite (3ª) dose e Tríplice viral (1ª dose)- com cobertura preconizada.	Proporção de vacinas selecionadas no CNV para crianças <2 anos- Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10 valente(2ª dose), Poliomielite (3ª) dose e Tríplice viral (1ª dose)- com cobertura preconizada.	50,0	2020	%	100	%	95,00	95,00	95,00	95,00
2.2.2	Monitorar as salas de vacinas com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e de movimentação mensal de imunobiológicos no sistema de informação do programa de imunização de dados individualizados	Proporção de salas de vacinas com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e de movimentação mensal de imunobiológicos no sistema de informação do programa de imunização de dados individualizados por residência.	100,00	2020	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00



2.2.3	Ampliar o percentual da vacinal da poliomielite inativada e de pentavalente	Percentual de cobertura vacinal da poliomielite inativada e de pentavalente.	0,00	2020	%	95	%	95,00	95,00	95,00	95,00
2.2.4	Ampliar a cobertura vacinal contra a Influenza	Percentual de cobertura vacinal contra a influenza.	80,00	2020	%	80	%	95,00	95,00	95,00	95,00
2.2.5	Ampliar a cobertura vacinal contra a Covid população alvo	Percentual de cobertura vacinal contra a Covid 19 na população alvo.	74,00	2021	%	95	%	95,00	95,00	95,00	95,00
2.2.6	Ampliar a cobertura vacinal para-HPV na faixa etária feminina de 9 a 14 anos e na faixa etária Masculina de 11 a 14 anos.	Percentual de cobertura vacinal para-HPV na faixa etária feminina e Masculina.	0,00	2020	%	80	%	80,00	80,00	80,00	80,00
2.2.7	Ampliar a proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerrada em até 60 dias.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerrada em até 60 dias.	0,00	2020	%	80	%	80,00	80,00	80,00	80,00

DIRETRIZ Nº 3. Fortalecimento das políticas de prevenção e promoção da saúde, voltadas aos estilos de vida saudável, numa perspectiva intersetorial.

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 3.1. Implantar ou implementar iniciativas, no âmbito intersetorial, que ampliem o acesso da população às ações de prevenção e promoção da saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
3.1.1	Ampliar o acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	89,50	2020	%	80	%	85,00	85,00	85,00	85,00
3.1.2	Ampliar a proporção de notificação de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raçador preenchido com informação válida	Proporção de notificação de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raçador preenchido com informação válida	100,00	2020	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00
3.1.3	Realizar, no mínimo, 1 (uma) ação de prevenção à Covid 19 em 100% das escolas pactuadas no Programa Saúde na Escola (PSE).	Número de ações de prevenção à Covid 19 por escola pactuada no PSE.	0	2021	Nº	6	Nº	6	6	6	6
3.1.4	Realizar, no mínimo, mais 2 (duas) ações do PSE, nas escolas pactuadas no território, de conformidade com as prioridades locais.	Número de ações do PSE realizadas	0	2021	Nº	6	Nº	12	12	12	12



3.1.5	Avaliar o estado nutricional de crianças menores de 10 anos de idade matriculadas em escolas participantes do PSE.	Percentual de crianças menores de 10 anos matriculadas em escolas participantes do PSE com estado nutricional avaliado.	0,00	2021	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00
3.1.6	Avaliar os marcadores de consumo alimentar de crianças menores de 10 anos matriculados em escolas participantes do PSE	Percentual de crianças menores de 10 anos matriculados em escolas participantes do PSE com avaliação de consumo alimentar.	0,00	2021	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00
3.1.7	Realizar, no mínimo, 2 (duas) atividades coletivas de Promoção Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) ao ano, por escola do PSE.	Número de atividades coletivas de PAAS realizadas por escola do PSE, ao ano.	0	2021	Nº	6	Nº	12	12	12	12
3.1.8	Realizar, no mínimo, 2 (duas) atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas ao ano, por escola do PSE.	Número de atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas realizadas por escola do PSE, ao ano.	0	2021	Nº	6	Nº	12	12	12	12
3.1.9	Ofertar atendimento individual para crianças menores de 10 anos com obesidade identificadas comatendida de forma obesidade na APS	Percentual de crianças menores de 10 anos com obesidade identificadas comatendida de forma individual na APS.	0	2021	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00

DIRETRIZ Nº 4. Fortalecimento e qualificação das ações de vigilância em saúde para proteger as pessoas contra os riscos de adoecimento e morte e situações que ameçam a vida e a saúde.

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 4.1. Reduzir riscos de adoecimento e agravos à saúde, por meio de ações de vigilância epidemiológica.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
4.1.1	Reduzir os óbitos prematuros (30 a 59 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Número de óbitos prematuros (30 a 59 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	14	2020	Nº	10	Nº	8	8	8	8
4.1.2	Ampliar a proporção de óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados	Proporção de óbitos de MIF (10 a 49 anos) investigados.	90,00	2020	%	90	%	90,00	90,00	90,00	90,00
4.1.3	Ampliar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa definida.	90,00	2020	%	95	%	95	96	97	98
4.1.4	Ampliar a proporção de registro de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	Proporção de registro de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90,00	2020	%	95	%	95,00	95,00	95,00	95,00



4.1.5	Manter a proporção de registro de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	Proporção de registro de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	100,00	2020	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00
4.1.6	Ampliar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	0,00	2020	%	85,00	%	85,00	85,00	85,00	85,00
4.1.7	Ampliar para 82% a proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	0,00	2021	%	82,50	%	82,50	82,50	82,50	82,50
4.1.8	Ampliar para 100% a proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	0,00	2021	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00
4.1.9	Realizar, no mínimo, 2 (dois) testes de sífilis em gestantes	Número de testes de sífilis em gestantes.	4	2021	Nº	4	Nº	4	4	4	4
4.1.10	Realizar, no mínimo, 2 (dois) testes de HIV em gestantes	Número de testes de HIV em gestantes	4	2021	Nº	4	%	4	4	4	4

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 4.2. Fortalecer as ações de controle e prevenção de riscos ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
4.2.1	Realizar 4 (quatro) ciclos, com, no mínimo, 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos com, no mínimo, 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	6	2020	Nº	4	Nº	4	4	4	4
4.2.2	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	35,0	2020	%	40	%	40,00	40,00	40,00	40,00
4.2.3	Realizar inquérito sorológico em cães suspeitos de Leishmaniose visceral	Percentual de cães contemplado com inquérito sorológico para leishmaniose visceral.	0,00	2021	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00
4.2.6	Realizar ações de borrifação nos imóveis com triatômíneos positivados, por zona de residência	Percentual de ações de borrifação realizadas por zona	0,00	2020	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00
4.2.7	Manter a vacinação contra a raiva nas populações canina e felina.	Percentual de cães e gatos vacinados.	97,00	2020	%	80	%	80,00	80,00	80,00	80,00



4.2.8	Buscar parcerias com a iniciativa pública e privada para realizar controle de zoonoses	Percentual da população de cães e gatos.	0,00	2021	%	10	%	2,5	2,5	2,5	2,5
-------	--	--	------	------	---	----	---	-----	-----	-----	-----

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 4.3. Implantar/implementar ações de controle e prevenção de riscos à saúde e de problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
4.3.1	Realizar ações de vigilância sanitária consideradas básicas (recebimento de denúncias; atendimento de denúncias; atividades educativas para a população; atividades educativas para o setor regulado; cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária; inspeção em estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária)	Percentual de ações de vigilância sanitária consideradas básicas realizadas.	4	2021	Nº	6	Nº	6	6	6	6
4.3.2	Criar o Código Sanitário Municipal	Implantar Legislação Adequada no processo da Visa Municipal	0	2020	Nº	1	Nº	1	1	0	0

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 4.4. Promover ações e serviços que reduzam os riscos e agravos relacionados ao trabalho e intervenham em seus determinantes.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
4.4.1	Aumentar a proporção de notificações de agravos relacionados ao trabalho	Proporção de notificações de agravos decorrentes do trabalho	0,00	2020	%	95	%	95,00	95,00	95,00	95,00
4.4.2	Aumentar a proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	0,00	2020	%	95	%	95,00	95,00	95,00	95,00



DIRETRIZ Nº 5. Implantação/implementação de ações e serviços para o enfrentamento de emergências em saúde pública.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5.1. Fortalecer as ações e serviços para controle e prevenção da pandemia de Covid 19.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
5.1.1	Prover o funcionamento das ações na atenção primária à saúde com serviço Covid19 para pacientes com sintomatologia leve e/ou moderada, sem necessidade de ventilação mecânica invasiva.	Número de unidade básica de saúde com serviço em específico de Atendimento Covid19 em funcionamento.	3	2021	Nº	3	Nº	3	3	0	0

DIRETRIZ Nº 6. Qualificação da assistência farmacêutica com vistas ao acesso oportuno aos medicamentos e uso racional destes pela população.

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 6.1. Prover o acesso da população aos medicamentos essenciais em tempo oportuno.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
6.1.1	Prover a aquisição do rol de Medicamentos REMUME.	Percentual do rol de medicamentos da REMUME adquiridos.	0,00	2021	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00
6.1.2	Adquirir medicamentos e insumos decorrentes de demandas judiciais.	Percentual de medicamentos e insumos decorrentes de demandas judiciais adquiridos.	100,00	2021	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00
6.1.3	Implantar o sistema de informação do HÓRUS ativo.	Número do sistema do HÓRUS implantado	1	2021	Nº	1	Nº	1	1	1	1
6.1.4	Prover a aquisição do rol de Medicamentos RENAME, para Assistência Farmacêutica Básica Hospitalar.	Percentual do rol de medicamentos da RENAME adquiridos.	0,00	2021	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00
6.1.5	Acrescentar a lista de medicamentos no rol de Medicamentos REMUME.	Percentual do rol de medicamentos da REMUME acrescentados.	0,00	2021	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00
6.1.6	Adquirir e disponibilizar medicamentos e insumos aos Usuários do SUS.	Percentual de medicamentos e insumos disponibilizados para os pacientes na farmácia básica.	100	2021	%	100	%	100,00	100,00	100,00	100,00



EIXO – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE.

DIRETRIZ Nº 7. Fortalecer a Gestão do Trabalho para as necessidades do SUS, voltada para a educação permanente, qualificação e valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, na perspectiva da democratização das relações de trabalho.

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 7.1. Fortalecer as políticas de gestão do trabalho.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
7.1.1	Realizar concurso público conforme o surgimento de vagas e serviços implantados.	Concurso realizado	0	2021	Nº	1	Nº	0	1	0	0
7.1.2	Implantar o Plano de Carreira dos Sevidores Públicos Municipal.	Manter os direitos Garantidos no Plano de Carreira dos Sevidores Públicos Municipal	1	2021	Nº	1	Nº	0	1	0	0
7.1.3	Manter a Terceirização dos Serviços dos profissionais na área da saúde	Percentual de profissionais vinculados no serviço terceirizados.	0	2021	Nº	1	Nº	1	1	1	1

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 7.2. Promover ações de educação permanente e profissional em saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
7.2.1	Implantar Núcleo de Educação Permanente (NEP) no município.	NEP implantado.	0	2021	Nº	1	Nº	1	0	0	0
7.2.2	Prover ações de Educação Permanente para trabalhadores de saúde da ESF e das Vigilâncias do campo da saúde.	Percentual de trabalhadores da ESF e VS contemplados com EPES	0	2021	%	100	%	100	100	100	100
7.2.3	Prover ações de Educação Permanente para os membros do Conselho Municipal de Saúde	Número de ações de EP realizadas para conselheiros	1	2021	Nº	6	Nº	1	2	2	1
7.2.4	Prover ações de Educação Permanente para trabalhadores de saúde da Media e alta complexidade	Percentual de trabalhadores da Media complexidade contemplados com EPES	0	2021	%	100	%	100	100	100	100



EIXO – DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL E GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

DIRETRIZ Nº 8. Coordenação do processo de planejamento, gestão e orçamento no âmbito do SUS.

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 8.1. Coordenar o processo de planejamento, gestão e orçamento no âmbito do SUS.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
8.1.1	Fortalecer e custear consórcio para demandas da atenção ambulatorial especializada, não cobertas pela Programação Pactuada e Integrada.	Fortalecer as ações do Consórcio de Saúde.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
8.1.2	Coordenar o processo de elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão do SUS (PMS, PAS e RAG)	Número de instrumentos de gestão elaborados, monitorados e avaliados a cada ano.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
8.1.3	Fortalecer as parcerias em busca de Emendas parlamentares.	Percentual de Emendas Parlamentar destinadas ao Município.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
8.1.4	Promover o controle e avaliação do setor de Regulação no âmbito municipal	Percentual de controle e avaliação do setor de Regulação.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
8.1.5	Promover o monitoramento das ações por Gratificação de desempenho do Programa Previne Brasil	Percentual de indicadores alcançados do Programa Previne Brasil	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
8.1.6	Manter a parceria do Programa de transporte terrestre SAMU.	Percentual de ações do transporte terrestre de média e alta complexidade.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00

DIRETRIZ Nº 9. Estruturação do sistema local de saúde e financiamento

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 9.1. Promover a modernização da rede municipal de saúde, por meio de soluções de infraestrutura física e tecnológica no ambiente da saúde, bem como, de transporte sanitário.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
9.1.1	Implantar e manter internet de qualidade nos serviços Rede da Atenção a Saúde - RAS.	Internet implantada	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00



9.1.2	Adquirir equipamentos de informática para implantação do prontuário eletrônico nas UBS.	Percentual de UBS contempladas com equipamentos de informática.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
9.1.3	Adquirir outros equipamentos e material permanente para a Rede de Atenção a Saúde - RAS.	Número de serviços de saúde da Rede de Atenção a Saúde - RAS contemplados com equipamentos e material permanente.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
9.1.4	Adquirir insumos e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para manutenção dos serviços de saúde.	Número de serviços de saúde contemplados com insumos e EPI.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
9.1.5	Realizar manutenção corretiva e preventiva na estrutura física da RAS	Número de unidades da RAS contempladas	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
9.1.6	Realizar manutenção corretiva e preventiva de equipamentos da RAS.	Número de equipamentos da RAS contempladas manutenção.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
9.1.7	Construir ou reformar Serviços da RAS	Número de serviços da RAS construídos ou reformados	0	2021	Nº	10	Nº	4	2	3	1
9.1.8	Adquirir veículos para dar suporte às equipes da ESF, Suporte no serviço de media e alta complexidade e à Vigilância em Saúde.	Número de veículos adquiridos.	0	2021	Nº	10	Nº	3	2	3	2

DIRETRIZ Nº 10. Incremento das ações de Gestão Estratégica e Participativa.

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 10.1 Fortalecer as práticas de Controle Social no Sistema Único de Saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para o monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha Base)			Meta Plano 2022 - 2025	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
10.1.1	Realizar seminários Municipais de Políticas Específicas	Número de conferências realizadas	0	2021	Nº	4	Nº	1	1	1	1
10.1.2	Realizar Conferência Municipal de Saúde	Conferência realizada	0	2021	Nº	1	Nº	0	1	0	0
10.1.3	Custear as demandas do Conselho Municipal de Saúde	Percentual de demandas do CMS custeadas.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
10.1.4	Assegurar o deslocamento de conselheiros a eventos do controle social do SUS, no âmbito da região e estado do RN.	Percentual de eventos dos quais os conselheiros foram contemplados com deslocamento.	100,00	2021	%	100,00	%	100,00	100,00	100,00	100,00
10.1.5	Implantar Ouvidoria Municipal	Serviço de Ouvidoria no âmbito Municipal	0	2021	Nº	1	Nº	1	0	0	0



IX. O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

Apesar que o monitoramento facilita 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.



X. REFERÊNCIAS

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc. Saúde coletiva, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: < 81232002000300002&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2015.

CORDONI JÚNIOR, L. Uma Agenda para a Análise do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.417-418, 2002.

HARTZ, Z.M.A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. Divulgação em Saúde para Debate, 21:29-35, 2000.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.

PATTON, M. Q. Qualitative evaluation andre search methods. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Plurianual 2022-2025. Tenente Laurentino Cruz/RN.

_____. Relatório da Conferência Municipal de Saúde, 2019 Tenente Laurentino Cruz/RN.

_____. Instrumento de Gestão Programação Anual de Saúde. Tenente Laurentino Cruz/RN, 2020.

SOLLA, J., CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Políticas e Sistemas de saúde no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.