

Secretaria Estadual de Saúde - RIO GRANDE DO NORTE
CNPJ: 08.241.754/0001-45
AVENIDA MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 730 - CENTRO
Telefone: 32322717 - E-mail:
58025-800 - RIO GRANDE DO NORTE - RN
RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2011

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO

1.1 SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE

Nome	DOMICIO ARRUDA CAMARA SOBRINHO
Data da Posse	04/01/2011
A Secretaria de Saúde teve mais de um gestor no período a que se refere o RAG?	Não
Nome do secretário anterior	DOMICIO ARRUDA CAMARA SOBRINHO
Data da Posse	05/01/2011
Nome do secretário anterior	DOMICIO ARRUDA CAMARA SOBRINHO
Data da Posse	05/01/2011

1.2 FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

Instrumento legal de criação do FES	Lei nº 4120, de 07/12/1972
CNPJ do FES	14.031.955/0001-10
O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde?	Sim
Gestor do FES	DOMICIO ARRUDA CAMARA SOBRINHO
Cargo do Gestor do FES	Secretário de Saúde

1.3 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Instrumento legal de criação do CES	Lei nº 6455, de 19/06/1993
Nome do Presidente do CES	FRANCINETE MELO DOS SANTOS

Segmento	usuário
Telefone	32322606
E-mail	cesrn@rn.gov.br

1.4 CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

Data da última Conferência de Saúde	10/2011
-------------------------------------	---------

1.5 PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

A Secretaria de Saúde tem Plano de Saúde aprovado pelo Conselho de Saúde?	Sim
Período a que se refere o Plano de Saúde	2008 a 2011
Aprovação no Conselho de Saúde	Resolução nº 147 Em 22/07/2010

1.6 PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS

O Estado possui Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?	Sim
O Estado possui Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?	Não

1.7 PACTO PELA SAÚDE

Aderiu ao pacto pela Saúde	Sim
Data da Homologação do Termo de Compromisso de Gestão na reunião da Comissão Intergestores Tripartite	02/2008

1.8 REGIONALIZAÇÃO

O Estado tem PDR atualizado após as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde no ano de 2006?	Sim
Ano a que se refere o PDR vigente	2009
Quantas regiões de Saúde existem no estado?	8
Quantos CGR estão implantados nas Regiões de Saúde?	8

1.9 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este documento apresenta a síntese da atuação da Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP/RN no ano de 2011, dando visibilidade aos resultados da análise situacional realizada acerca das ações executadas pela referida instituição, bem como, à condução das linhas operacionais desenvolvidas visando o fortalecimento do Sistema Estadual de Saúde. A base das informações disponibilizadas encontra-se neste instrumento de gestão/gerência, em especial, Plano Estadual de Saúde, Plano Plurianual de Ações 2008 a 2011, Orçamento Anual, Programação Pactuada e Integrada – PPI, Pacto pela Saúde – Monitoramento de Indicadores do Pacto pela Saúde, Termo de Compromisso de Gestão e os dados encontrados nos sistemas oficiais de Informações em Saúde/DATASUS e IBGE.

Convém ressaltar que, em virtude dos dados disponibilizados pelo SARGSUS estarem defasados à época de elaboração do presente relatório, procedeu-se a nova coletânea, com intuito de obter-se informações mais atuais, a fim de retratar de uma melhor forma os resultados referentes ao ano de 2011. Por essa razão, as tabelas, os quadros e os gráficos que embasaram a análise efetuada e as considerações aqui apresentadas encontram-se dispostas em anexos relacionados a cada seção deste instrumento.

A divulgação das informações está alicerçada no princípio constitucional da publicidade que estabelece a obrigação de levar ao conhecimento da sociedade os atos praticados pela gestão pública, oportunizando, principalmente, aos órgãos de controle avaliar e acompanhar o desempenho institucional na perspectiva de contribuir para um sistema de saúde mais equânime e acessível.

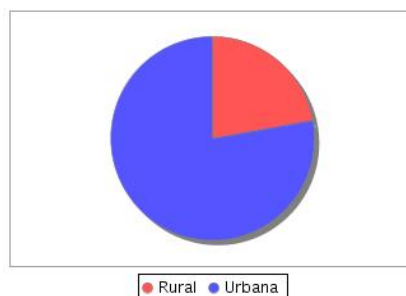
Assim, pode-se evidenciar que, apesar dos percalços encontrados, as ações desenvolvidas pela SESAP/RN de fato se voltaram para a consolidação do SUS, uma vez que demonstraram coerência com o disposto nos instrumentos gerenciais e de gestão e buscaram estimular a linha de planificação no âmbito estadual, regional e municipal, por meio de articulações e pactuações destinadas a potencializar e otimizar os recursos existentes através da integração dos esforços institucionais.

2. DEMOGRAFIA E DADOS DE MORBI-MORTALIDADE

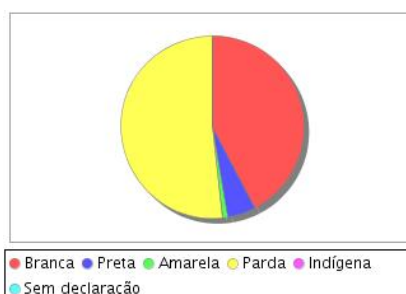
2.1. POPULAÇÃO ESTIMADA DO ANO 2011

3.168.027

População do último Censo(ano 2000)	Qte	%
Rural	703.036	22,19%
Urbana	2.464.991	77,81%



População do último Censo(ano 2000)	Qte	%
Branca	741.163	68,39%
Preta	88.378	2,76%
Amarela	16.822	0,53%
Parda	904.507	28,28%
Indígena	1.295	0,04%
Sem declaração	17	0,00%

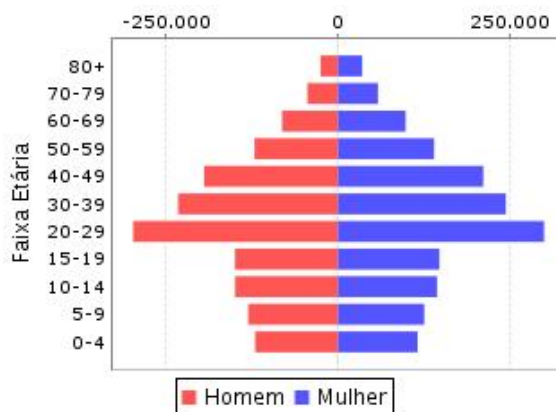


2.1.1. POPULAÇÃO - SEXO E FAIXA ETÁRIA

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
0-4	120.553	115.765	236.318
10-14	149.689	144.034	293.723
15-19	149.871	147.407	297.278
20-29	297.964	299.723	597.687
30-39	232.619	244.173	476.792
40-49	194.840	211.297	406.137
5-9	130.579	125.382	255.961
50-59	121.414	139.827	261.241
60-69	81.458	98.304	179.762
70-79	44.607	58.069	102.676

População - Perfil demográfico

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
80+	25.293	35.159	60.452
Total	1.548.887	1.619.140	3.168.027



Análise e considerações do Gestor sobre dados demográficos

O estado do Rio Grande do Norte caracteriza-se como a 16ª unidade da federação brasileira mais populosa e a décima mais povoada com uma população de 3.168.027 habitantes, distribuídos em 167 municípios que ocupam uma área de 52.810,699 km², resultando em uma densidade de 60 hab./km². Esse contingente populacional corresponde a 1,7% da população brasileira e 6% da população nordestina, de acordo com os dados do último Censo Demográfico do IBGE (2010), apresentando um IDHM equivalente a 0,705. As principais cidades do Rio Grande do Norte são: Natal, Mossoró, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Ceará-Mirim, Macaíba, Caicó, Açu, Currais Novos, São José de Mipibu, João Câmara e Nova Cruz.

O estado encontra-se dividido em oito Regiões de Saúde (RS), em consonância ao seu Plano Diretor de Regionalização – PDR/RN, a saber: 1ª RS (27 municípios) – Litoral Sul e Agreste, com 351.502 hab.; 2ª RS (15 municípios) – Oeste, com 448.904 hab.; 3ª RS (25 municípios) – Mato Grande e Salineira, com 312.919 hab.; 4ª RS (25 municípios) – Seridó, com 295.726 hab.; 5ª RS (21 municípios) – Trairi e Potengi, com 185.719 hab.; 6ª RS (36 municípios) – Alto Oeste, com 230.042 hab.; 7ª RS (5 municípios) – Metropolitana, com 1.187.899 hab.; e 8ª RS (13 municípios) – Vale do Açu, com 155.316 hab.

No período mais recente, pode-se apontar um movimento de interiorização do desenvolvimento, sobretudo na direção da 2ª Região de Saúde, denominada de Região Oeste, configurando-se como o segundo maior Pólo do Estado. Porém, a VII Região de Saúde (Região Metropolitana) ainda é a que concentra o maior contingente populacional, correspondente a 37,5% da população total do estado do RN.

De acordo com o PDR/RN a VII Região de Saúde (Região Metropolitana) é constituída pelos municípios de Natal (Capital do RN), Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Macaíba e Extremoz. A população residente da Região concentra-se na Capital, sendo Parnamirim o segundo município mais populoso desta Região.

A população do estado do RN estimada para o ano de 2011 corresponde a 3.198.572 habitantes, segundo o IBGE, apesar de considerada para cálculo de parâmetros a população divulgada pelo Censo Demográfico 2010, efetuado por esse mesmo Instituto, equivalente a 3.168.027 habitantes, demonstrando ter havido apenas um discreto aumento do contingente populacional entre os anos de 2010 e 2011, ratificando a desaceleração do ritmo de crescimento da população do estado evidenciado na última década, tendo em vista que houve uma diminuição da taxa de crescimento populacional de 1,33%/ano no período 2000-2010 para 0,96% no ano de 2011. Essa redução vem sendo causada, em proporções bem menores, pela emigração, em relação a qual se observa uma redução significativa, e, principalmente, pela queda da fecundidade das mulheres norte-rio-grandenses de todos os estratos sociais, associada à efetivação de programas integrados voltados para a promoção da saúde da mulher, bem como à crescente inserção do gênero feminino no mercado de trabalho.

A observação dos dados referentes à população total por região, apresentada pelo IBGE (2010) revela uma grande concentração de pessoas na VII Região de Saúde (Metropolitana), correspondente a 42,3% do total de habitantes do RN, seguida da II Região de Saúde (Oeste) com 26,1% da população do estado.

A análise da distribuição populacional evidencia que 77,8% de sua população total concentram-se na área urbana, sendo a Região Metropolitana a que reúne o maior percentual de urbanização (37,5%) do estado, segundo o Censo IBGE (2010). Em relação a isso se observa que a população rural, que até a década de 70 era superior à urbana, atualmente equivale somente a 22,2% da população total do RN. Enquanto a população urbana quase triplicou nos últimos 30 anos, a rural foi re-duzida no mesmo período. O grau de urbanização do estado, entre 1970/2011, ocorreu de forma crescente e acelerada, tal como observado na maioria dos estados brasileiros.

Quanto à etnia verifica-se a predominância das pessoas de cor parda em relação ao total de habitantes, salientando-se a existência de grupos indígenas no estado, representando uma pequena parcela da população do RN (0,08%), e ainda, de 68 comunidades quilombolas no território do estado, indicando que não pode ser descartada a necessidade de uma atenção particular para as especificidades destes grupos, visando o atendimento das suas peculiaridades de vida e a garantia dos seus direitos de cidadãos.

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

A análise das características demográficas demonstra que a população do RN é predominantemente jovem, concentrando-se predominantemente na faixa etária de 20 a 29 anos. Porém, observa-se um discreto crescimento anual da população idosa, podendo ser verificado que o percentual de pessoas com 60 anos e mais é muito próximo ao de adolescentes da faixa de 15 a 19 anos. Tal constatação configura-se como preocupante, considerando que o serviço público deve se preparar devidamente para a demanda da clientela idosa, destinando maior investimento em saúde para o atendimento de saúde a esse grupo. Diante disso, as medidas de promoção à saúde do idoso e de prevenção das doenças também ganham lugar de destaque nas linhas de planificação, considerando que as

ocorrências de doenças graves e crônicas são mais frequentes nas pessoas idosas, deixando sérias sequelas, tornando relevante o aprimoramento de mecanismos de assistência social.

Nesse contexto, para avaliar continuamente o estágio de envelhecimento da população, utilizou-se na análise em questão, o índice de envelhecimento, o qual, no Rio Grande do Norte, no ano de 2010 correspondeu a 27,86, com tendências crescentes para 2011, denotando que no estado tem-se 27,86 idosos para cada 100 jovens com 14 anos ou menos, ratificando o envelhecimento experimentado por todo o estado na última década. “O município de Natal está bem acima da média do estado, com índice de envelhecimento igual a 32,37. Contudo, quando se observa o entorno de Natal, verifica-se que os municípios periféricos da Região Metropolitana possuem índices bem menores”. Isso pode ser explicado pelo fato de ser, em geral, o migrante mais jovem do que a população não migrante, salvo exceções de movimentos migratórios mais específicos, e por isso, em última análise, os movimentos migratórios tendem a rejuvenescer a população do local de destino e envelhecer o local de origem (FREIRE; CLEMENTINO, p. 13, 2011).

Freire e Clementino (2011) ressaltam que a observação da pirâmide etária do RN permite constatar uma queda da fecundidade entre os anos 2000 e 2010, refletida na baixa participação relativa da população dos dois primeiros grupos etários, principalmente em 2010. Além disso, destacam que a partir dos 55 anos, a população feminina se sobressai em relação à masculina, denotando o aumento da longevidade feminina. Enfatizam ainda que a comparação entre esses grupos etários mais avançados nos dois censos considerados para efeito de análise realizada (2000 e 2010) pode ser verificado que praticamente todas as idades a partir dos 55 anos tiveram um aumento de população acima da média.

Igualmente importante é destacar que entre 2000 e 2010 o Rio Grande do Norte aumentou em mais de três anos sua idade média, acarretando a transição de estrutura etária da sua população. A pirâmide etária evidencia que o Rio Grande do Norte, seguindo a mesma tendência dos demais estados brasileiros, apresenta uma “numerosa população em idades jovens e medianas, redução acentuada da população infantil, sobretudo nos primeiros dois grupos etários e aumento da população de idades mais avançadas”, conforme comentam Freire; Clementino (p. 14, 2011), com base nos dados do IBGE, acrescentando que “o ritmo das mudanças de estrutura etária aparenta-se homogêneo ao longo das regiões do estado, à exceção da região agreste, onde o processo de transição demográfica, em particular a transição da fecundidade, foi mais tardio do que nas demais”.

Por fim, cabe ainda destacar que o declínio da taxa de fecundidade geral observado nos últimos anos no RN correspondeu a uma redução de 2,54 em 2000 para 1,95 em 2010, estimando-se que esta tendência se repetirá nos anos seguintes, equivalendo a 1,91 em 2015. É importante destacar ainda a diminuição do nº de nascidos vivos, com uma redução de 61,1 nascidos vivos/100 mil mulheres na idade entre 10 a 49 anos para 49,2 NV/100 mil mulheres, apresentando-se de forma mais acentuada na região de João Câmara, onde se constata a maior queda. Ademais se verifica que também houve uma redução na taxa bruta de natalidade (nascimentos/1.000 habitantes) passando de 22,9 em 2001, 18,2 em 2008, e 17,9 em 2009, para 17,8 em 2010, com estimativa de corresponder a 16,82 em 2015 (IBGE, 2010).

Análise e considerações sobre Mortalidade

A análise da Mortalidade por Causas no estado do Rio Grande do Norte revela que o ano de 2011 refletiu o comportamento verificado no ano de 2010, observando-se que os cinco principais grupos de causas corresponderam, em ordem decrescente do número total de óbitos, às doenças do aparelho circulatório (38,23%), às neoplasias/tumores (21,45%), às causas externas de morbidade e mortalidade (17,40%), às doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (12,12%) e às doenças do aparelho respiratório (10,80%). Esses cinco grupos juntos representaram 77,20% do total de óbitos causados por todas as causas.

Em relação ao primeiro grupo (doenças do aparelho circulatório), constatou-se que as doenças isquêmicas do coração tiveram lugar de destaque, representando 35,71% do total de óbitos do grupo, seguidas pelas doenças cerebrovasculares que também ocasionaram um número expressivo de óbitos (29,02% do total de óbitos do grupo). O alto índice associado às doenças do aparelho circulatório pode ser explicado pelos hábitos de vida que a maioria da população possui ou está exposta, como má alimentação, incluindo o consumo excessivo de gorduras, açúcares e sal, além do sedentarismo, do tabagismo e do consumo excessivo do álcool (SANDER, 2011). Além disso, é importante ressaltar que as doenças do aparelho circulatório também predominaram em relação à mortalidade proporcional por grupos de causas do RN, no ano de 2010, equivalendo a 30,93% da proporção total de óbitos dos sete grupos de causas analisados, observando-se que as pessoas entre 40 e 80 e mais anos de idade foram as mais afetadas. As neoplasias malignas representaram a principal causa de morte no segundo grupo (neoplasias e tumores), atingindo o patamar de 96,40% do total deste grupo, caracterizando-se como um grave problema de saúde pública, devido ao

número de casos crescentes diagnosticados a cada ano, demandando, portanto, investimentos técnicos e financeiros para o seu enfrentamento. Cabe salientar que, na atualidade, o câncer representa a segunda causa de morte por doença no Brasil. No Rio Grande do Norte, as neoplasias também se configuram de maneira semelhante, tendo sido, no ano de 2010, o seu Coeficiente de Mortalidade por Causa o segundo maior. Dentre as neoplasias malignas de localização especificada (80,84% do total das neoplasias malignas) observou-se que se destacaram as neoplasias malignas dos órgãos digestivos, correspondendo a 34,97% deste segmento. Nesse sentido, Molina; Dalben; Luca (2003) referem que há uma tendência ascendente do número de casos novos devido, principalmente, às mudanças ambientais, urbanização crescente, ao acúmulo de pessoas idosas na população, assim como a adoção de estilos de vida favoráveis a carcinogênese como o hábito tabagista, exposição excessiva à luz solar, dieta gordurosa e o estresse. No terceiro grupo de causas de mortalidade (causas externas de morbidade e mortalidade), pode ser evidenciado que os acidentes corresponderam ao principal grupo causador de óbitos (48,89%), sobressaindo-se os acidentes de transporte que representaram 61,78% dos óbitos causados por acidentes. No entanto, no RN, as agressões também foram causadoras de um significativo número de óbitos, equivalentes a 37,47% total de óbitos do grupo. Isso ratifica os achados das investigações nas áreas da epidemiologia e da demografia que indicam um rápido crescimento da violência nas últimas décadas, resultando em um acelerado aumento da mortalidade por causas externas no Brasil (BELON; BARROS, 2011), existindo, em relação a isto, uma tendência de aumento desta taxa no RN, com uma pequena oscilação.

As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas foram causadoras de um expressivo número de óbitos, ocupando o quarto lugar no ranking da mortalidade por causas, sendo o Diabetes Mellitus a patologia que ocasionou o maior número de mortes neste grupo (79,00%). Cabe enfatizar que o Diabetes Mellitus representa um dos principais fatores de risco, com tendência de crescimento nos próximos anos, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de vários fatores de riscos modificáveis como o tabagismo, a inatividade física, alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool.

Ocupando a quinta posição dentre os grupos de causas de mortalidade no estado estão doenças do aparelho respiratório, evidenciando-se que a Influenza (gripe) e a pneumonia foram as patologias que ocasionaram o maior número de óbitos no grupo (55,44%). Apesar de registrar-se uma discreta diminuição dessas patologias, principalmente da Influenza, no ano de 2011 em relação ao ano de 2010, várias linhas investigativas apontam que durante uma epidemia sazonal de influenza, cerca de 5 a 15% da população é infectada, resultando na eclosão de um significativo número de casos graves por ano, levando a uma expressiva quantidade de óbitos, principalmente entre idosos e portadores de doenças crônicas, denotando a necessidade de um contínuo monitoramento epidemiológico destas doenças. Nesse contexto, convém salientar que estudos experimentais e observacionais indicaram evidências consistentes sobre o aumento da incidência dessas patologias no Brasil, decorrentes principalmente, da intensificação da poluição atmosférica (HESS et al, 2009), podendo tal assertiva ser aplicada ao estado do RN, diante do acelerado processo de urbanização.

A observação do Coeficiente de Mortalidade Geral/1.000 hab., no RN, durante o período 2006- 2010 revelou um discreto declínio deste indicador do ano de 2009 para o ano de 2010, refletindo-se em 2011, demonstrando o impacto positivo das ações e mecanismos relacionados à atenção à saúde, desenvolvidos ao longo do ano.

Sobre a distribuição dos óbitos por grupos de causas em relação à faixa etária, tomando-se por base os Capítulos do CID-10, evidenciou-se que 33,41% (n=5.376) dos óbitos ocorreram em pessoas com 80 e + anos de idade, 17,51% (n=2.817) no grupo etário 70-79, e 13,68% (n=2.201) nos indivíduos entre 60-69 anos de idade. Esses grupos etários somados corresponderam a 64,60% (n=10.394) do total de óbitos ocorridos em todas as faixas de idade, significando que as pessoas idosas (acima de 60 anos) são as mais vulneráveis à mortalidade pelos diversos grupos de causas e que os idosos com 80 e + anos são os que mais sucumbem às patologias integrantes dos capítulos I a IV, VI a XIV e XVIII do CID-10. Verificou-se também que o grupo das crianças menores de 1 ano ainda apresentou o maior número de óbitos decorrentes das afecções originadas no período peri-natal e das malformações congênitas e anomalias cromossômicas, correspondendo esses dois capítulos juntos a 3,10% do total de óbitos de todas as faixas etárias. As pessoas com idade entre 20-39 anos tiveram a maioria dos óbitos decorrentes de parto e puerpério (capítulo XV do CID-10) e as pertencentes ao grupo etário de 40-49 anos apresentaram como principal causa de óbito os transtornos mentais e comportamentais (capítulo V).

Convém destacar que no ano de 2011 a mortalidade infantil se manteve no patamar de 28/1.000 NV, de acordo com os dados divulgados pela SESAP/RN, estando quase 50% dos óbitos dos menores de 1 ano do estado concentrados em 9 municípios do estado: Natal, Caicó, Ceará-Mirim, Currais Novos, Parnamirim, Macaíba, Mossoró, São Gonçalo e Pau dos Ferros, evidenciando a necessidade de redirecionamento das ações voltadas para a redução da mortalidade infantil no RN, a fim de priorizar tais municípios.

A taxa de mortalidade por especialidade de internação do SUS correspondeu a 3,33% no ano de 2011, considerando-se as clínicas cirúrgica, obstétrica, médica, psiquiátrica, pediátrica e de pneumologia sanitária. Dentre essas, as internações que culminaram com o maior número de óbitos relacionaram-se à clínica médica (8,64% do total de óbitos), seguidas por aquelas referentes à clínica de pneumologia sanitária (6,17% do total de óbitos).

A análise do Coeficiente de Mortalidade por causa e sexo, no ano de 2010 no Rio Grande do Norte revelou que a principal causa de morte no estado para ambos os sexos correspondeu ao grupo das doenças do aparelho circulatório. Segundo dados do Ministério da Saúde (2011), no Brasil em 2010, as Doenças do Aparelho Circulatório representaram um coeficiente de mortalidade de 182 óbitos por 100.000 hab, na população masculina, e 158 óbitos por 100.000 hab na população feminina, enquanto que na região Nordeste, os dados demonstraram a ocorrência de 160 óbitos por 100.000 hab, para os homens e 142 óbitos por 100.000 hab. para as mulheres.

Através de tais informações, pode-se perceber que o estado do RN apresentou um menor coeficiente de mortalidade para ambos os sexos, quando comparado com os mesmos dados apresentados a nível nacional. Já ao se comparar com a região Nordeste, observou-se que o coeficiente de mortalidade posicionou-se pouco acima, para os dois sexos, uma vez que os dados obtidos para o RN, em 2010, foram de 161/100.000 hab., para o sexo masculino e 144/100.000 hab. para o sexo feminino.

A segunda maior causa de morte se diferenciou entre os sexos, sendo, para o sexo feminino, as neoplasias, e, para o sexo masculino, as causas externas, conduzindo à possibilidade de que a ocorrência de óbitos por causas externas no sexo masculino seja significativamente superior do que no sexo feminino em virtude de estarem os homens mais envolvidos em situações adversas, como as situações de violência, do que as mulheres como. Dentre as causas externas que ocasionaram os óbitos no sexo masculino destacaram-se os acidentes de transporte; as quedas; o afogamento e as submersões acidentais; a exposição à fumaça, ao fogo e à chama; e as agressões.

Através do gráfico é possível observar que morrem poucas mulheres de causas externas, apresentando um coeficiente de mortalidade de 23 óbitos por 100.000 hab., quando comparado com os homens, cujo coeficiente foi de 120 óbitos por 100.000 hab, em 2010. Ao se comparar os dados de mortalidade por causas externas do RN com os do Brasil, constata-se que o RN apresentou valores um pouco menores que os nacionais, já que estes últimos foram 125 e 25 óbitos por 100.000 hab., para homens e mulheres, respectivamente, em 2010. Já, em relação à região Nordeste, o RN apresentou-se bem abaixo do coeficiente obtido nesta região para os homens, equivalente a 140 óbitos por 100.000 hab., e na média para o sexo feminino, uma vez que o coeficiente do RN foi o mesmo do Nordeste, correspondendo a 23 óbitos por 100.000 hab.

Por fim, vale salientar que o exame da evolução da Mortalidade Geral ocorrida no estado do Rio Grande do Norte, no período 2006-2010 demonstrou que houve o aumento deste coeficiente, apenas com um discreto declínio no ano de 2010, mantendo-se no mesmo patamar em 2011. Tal fato encontra-se associado à elevação do número de mortes por causas violentas; às epidemias de Dengue e Gripe H1N1, que acometeram o estado e a cidade do Natal no período de analisado; ao aumento populacional e à melhora na cobertura do sistema de informações sobre mortalidade.

[Análise e considerações sobre Morbidade](#)

No que se refere às doenças de notificação compulsória, considerando-se os registros do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis – SINAN, as informações consolidadas pelo Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS e os indicadores de morbidade apresentados pelo Ministério da Saúde, por meio da Sala de Apoio à Gestão Estratégica,

para o ano de 2011, evidenciou-se que as principais causas de morbidade corresponderam à Dengue, à Tuberculose, às Meningites Bacterianas, à Hanseníase, à AIDS, às Hepatites B e C, à Sífilis Congênita, à Leishmaniose Visceral, à Leishmaniose Tegumentar e à Leptospirose.

Dentre esses agravos, chama a atenção o comportamento da Dengue, por sua elevada letalidade, correspondente no ano de 2011 a 4,69% dos casos confirmados, enquanto a Organização Mundial da Saúde considera aceitável uma taxa de até 1%. Apesar do considerável declínio observado no ano de 2009, a incidência voltou a aumentar em 2010 e 2011, constituindo-se um motivo de preocupação, acentuado diante da sazonalidade característica desta patologia e da dependência do seu controle e do combate ao vetor tanto à organização da rede de serviços de saúde, como à colaboração da população.

No que tange à incidência da Tuberculose verificou-se que a mesma continua sendo um grave problema de saúde pública, merecendo uma especial atenção em virtude da sua magnitude. No ano de 2011 a incidência da Tuberculose correspondeu a 33,7/100.000 habitantes. Nesse mesmo ano, no Rio Grande do Norte houve a notificação de 1.270 casos, 78 a mais que os notificados em 2010. Dos casos notificados em 2011, 88,9% do total foram de tuberculose pulmonar, dentre os quais 58,2% referiam-se a casos bacilíferos de TB Pulmonar, constatando-se um aumento significativo em relação a 2010. Cabe ressaltar que a concentração de casos ocorreu nos três maiores municípios do RN, quais sejam Natal, Parnamirim e Mossoró, onde houve um crescimento equivalente a 33% no ano de 2011 em relação ao ano anterior. Entre as formas extrapulmonares, a TB Pleural apresenta a maior incidência, seguida da TB Ganglionar. Destaca-se ainda o crescimento das notificações de TB Mamária e TB Intestinal, estando o aumento das notificações desta última associado à intensificação da Vigilância dos casos de TB de origem zoonótica, em especial da TB Bovina, por meio das solicitações pelas Unidades Básicas de Saúde da cultura e tipificação da Micobactéria (SESAP/CPS/SUVIGE, 2012).

A Meningite Bacteriana, uma das mais importantes do ponto de vista da saúde pública pela magnitude de sua ocorrência e pelo seu potencial para produzir surtos, apresentou um aumento da sua incidência no RN, no ano de 2011, afetando principalmente os menores de 5 anos. Nos dois últimos anos (2010 e 2011), dos casos notificados de Meningites, a Meningite Bacteriana predominou, registrando-se 18,29% do total de casos (n=32) em 2010 e 19,14% do total de casos (n=63) em 2011, seguindo-se pela Doença Meningocócica.

Pode ser verificado que no ano de 2011 houve uma redução da incidência da Hanseníase em relação a 2010. Ainda assim, em 2011 foram diagnosticados 180 casos novos, dentre os quais 10 casos afetaram pessoas menores de 15 anos. Do total de casos novos 54% foram avaliados como Grau 0 de incapacidade e 21,6% como Grau I e ainda, 50% correspondiam a Hanseníase Paucibacilar (PB) e 50% Multibacilar (MB). A 2ª Região de Saúde apresentou a maior concentração de casos, seguida pela 6ª Região de Saúde e pela 7ª Região de Saúde (Região Metropolitana). Dentre os 19 municípios prioritários para a vigilância da Hanseníase, destacaram-se no primeiro semestre de 2011 os municípios de Mossoró com 65 casos, Natal com 31, Parnamirim com 8 e Macaíba com 7 (SESAP/CPS/SUVIGE, 2012). Em relação à AIDS, foram registrados 3.126 casos no período 200-2011, dentre os quais 69% eram do sexo masculino e 31% do sexo feminino, estando 60% destes casos concentrados na Região Metropolitana. A razão por sexo M/F correspondeu a 2,8:1 no ano de 2011, evidenciando a concentração da epidemia no sexo masculino, apesar do considerável aumento do nº de casos ocorrido no sexo feminino nos últimos anos. Em relação a isso, observa-se uma tendência de estabilização do nº de casos em mulheres. Contrariamente, quanto aos homens verifica-se a tendência de persistência do crescimento do nº de casos. Além disso, pode ser constatado que houve um aumento da taxa de incidência desse agravo de 2010 para 2011, correspondendo a 14,6/100.000 hab. e 15,2/100.000 hab., respectivamente. A incidência entre os menores de 5 anos diminuiu no ano de 2011, inversamente ao ocorrido entre os maiores de 13 anos, onde se registrou uma incidência bem maior que a observada no grupo anteriormente mencionado. Porém, em adultos verificou-se que a maior concentração de casos ocorreu na faixa etária de 25-49 anos.

Vale salientar que no RN as taxas de detecção das Hepatites Virais (A, B e C) decresceram significativamente no ano de 2011. Contudo, como os dados obtidos foram referentes ao primeiro semestre de 2011, existe a possibilidade disso representar o falseamento da queda das taxas de incidência correspondentes. Em relação à incidência, constatou-se que a incidência da Hepatite A foi equivalente a 2,4/100.000 hab. no ano de 2011 e a 6,6/100.000 hab. em 2010; a incidência da Hepatite B correspondeu a 1,3/100.000 hab. em 2010, diminuindo para 0,7/100.000 hab. no ano de 2011; e, acerca da Hepatite C foi observada uma queda na sua incidência de 2,1/100.000 hab. em 2010 para 1,4/100.000 hab. em 2011.

Quanto ao comportamento da Sífilis Congênita no RN verificou-se que houve o registro de 1.080 casos no período 2007-2011, com um aumento da sua taxa de incidência ao longo destes anos, sendo equivalente a 4,9/1.000 NV no ano de 2010 e a 6,1/1.000 NV em 2011. Cabe destacar que o nº de casos de Sífilis Congênita foi bem mais elevado que o nº de casos notificados de Sífilis em Gestantes. Além disso, ressalta-se a elevada prevalência desse agravo e as graves sequelas perinatais dele decorrentes, denotando a necessidade de adoção de medidas efetivas para o enfrentamento deste grande problema de saúde.

No tocante a Leishmaniose Visceral (LV) constatou-se um aumento na sua incidência do ano de 2010 para o ano de 2011, tendo sido registrados no RN 121 casos em 2011, distribuídos em 29 municípios do estado, dentre os quais destacaram-se Natal, com 31 casos, Mossoró, com 22 casos e Parnamirim, com 12 casos. A análise dos dados epidemiológicos do ano de 2011 revelou que esse agravo é mais frequente na população urbana e que os indivíduos mais afetados são adultos, com predominância do sexo masculino, demonstrando ainda que houve um aumento dos casos de co-infecção LV/HIV, denotando a possibilidade de recidiva da doença após o tratamento, elevando o risco de morte (SESAP/CPS/SUVIGE, 2012).

No RN a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) ocorre em regiões serranas, sendo mais frequente na zona rural, afetando principalmente indivíduos adultos do sexo masculino. Em 2011 verificou-se um decréscimo na taxa de detecção da LTA no estado, tendo sido registrados apenas 11 casos, fato este resultante do enfrentamento exitoso da epidemia da doença nos últimos dois anos.

Pode ser observado que a Leptospirose vem atingindo principalmente a capital do RN, denotando a existência de precárias condições de infraestrutura sanitária e alta infestação de roedores infectados. No ano de 2011, segundo o SINAN, foram computados 30 casos de Leptospirose no RN, distribuídos em 13 municípios, destacando-se dentre eles os municípios de Natal, responsável por mais da metade das notificações efetuadas. Cabe enfatizar que no RN a Leptospirose é mais frequente em adultos do sexo masculino.

Convém salientar que no período 2009-2011 foram registrados no SINAN 2.020 casos suspeitos de Influenza A (H1N1), sendo 1.814 (89,8%) casos em 2009, 190 (9,4%) em 2010 e 16 (0,8%) em 2011, evidenciando uma redução

acentuada no período mencionado. Porém, em 2011 não houve registro de nenhum caso confirmado, sendo a última confirmação efetuada no ano de 2010.

Quanto ao monitoramento do encerramento oportuno dos agravos, é importante frisar que mesmo não tendo sido atingido a meta pactuada para 2011, correspondente a 80%, houve um considerável incremento nos anos anteriores, a partir de 2008, denotando um extremo envolvimento institucional e técnico para a melhoria do padrão de acompanhamento sistemático, acarretando no alcance de 72,8% de encerramento oportuno das Doenças de Notificação Compulsórias - DNC no RN.

É oportuno salientar a importância da atuação das equipes técnicas de vigilância epidemiológica do estado na operacionalização das ações do Programa Estadual de Imunização do RN para a prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, impactando sobre os indicadores de morbimortalidade. Nesse sentido, cabe ressaltar que as coberturas vacinais de rotina e/ou das campanhas realizadas obtiveram no ano de 2011 um significativo resultado, alcançando as metas de cobertura preconizadas pelo Ministério da Saúde.

A análise da morbidade hospitalar no estado do RN, contemplando as internações por Capítulo CID-10, no ano de 2011, evidenciou que o capítulo XV (Gravidez, Parto e Puerpério) apareceu como primeiro dentre todas as causas de internação do ano, correspondendo a 26,25% (n=44.879) de todas as faixas etárias e todos os grupos de causas. Todavia, excluindo-se esse grupo da análise, pode-se observar que as seis principais causas de internações corresponderam às doenças infecciosas e parasitárias, com 20.754 casos (12,14% de todos os Capítulos); às doenças do aparelho respiratório, representando 10,02% (n=17.123) de todos os grupos de causas; às doenças do aparelho digestivo, equivalentes a 9,10% (n=15.549) do total de todos os grupos de causas; e às doenças do aparelho circulatório que representaram 7,69% (n=13.110) do total de todos os Capítulos. Ocupando a sétima e a oitava posição no ranking das causas de morbidade hospitalar estão as neoplasias, com 12.591 casos (7,37% de todos os Capítulos) e as lesões, envenenamentos e outras causas externas (6,91% do total dos Capítulos, com n=11.806), respectivamente. Pode ser constatado que o comportamento observado no ano de 2011 refletiu a evolução do período 2008-2011, apesar das poucas oscilações observadas neste período.

Dentre os grupos de causas de morbidade hospitalar do Capítulo XV (CID-10), no ano de 2011, o grupo referente ao parto único espontâneo apareceu como a principal causa, representando 45,11% (n=20.245) do total de casos verificados neste Capítulo. Nesse grupo a faixa etária de 20-29 anos apresentou-se como predominante, sendo registrados 10.698 casos, correspondendo a 52,80% do total do grupo e a 29,10% do total da mesma faixa em todos os grupos de causa. Nessa mesma faixa etária constatou-se que a segunda causa predominante correspondeu ao grupo das outras complicações da gravidez e do parto, com um total de 7.018 casos. A segunda faixa etária de destaque no grupo principal (parto único espontâneo) foi a de 15-19 anos, com um total de 4.830 casos.

A análise do comportamento das causas de morbidade no mesmo ano (2011) revelou ainda que no Capítulo I (Doenças Infecciosas e Parasitárias) o grupo de destaque referiu-se ao das outras doenças infecciosas e intestinais, com um total equivalente a 5.042 casos (2,42% do total deste Capítulo), sendo as crianças entre 1 e 4 anos as mais acometidas, com um total de 1.060 casos, representando 10,68% do total de casos desta faixa etária em todos os grupos de causas e 21,02% do total deste grupo de causa. Nesse mesmo Capítulo I, destacaram-se também o grupo das doenças diarreicas e gastroenterites de origem infecciosa presumida, com um total de 4.419 casos, afetando principalmente a faixa etária de 1-4 anos (772 casos), e o grupo das outras doenças bacterianas, com um total de 4.002 casos, sendo a faixa etária de 80 anos e mais a mais acometida (525 casos).

No terceiro Capítulo principal no ano de 2011, referente às Doenças do Aparelho Respiratório, destacou-se o grupo das pneumonias, com um total de 8.515 casos, correspondendo a 49,73% do total de casos deste Capítulo. Nesse grupo, novamente as crianças entre 1 e 4 anos foram as mais afetadas, com 2.268 casos, equivalendo a 22,86% do total de casos desta faixa etária em todos os grupos de causas e 26,64% do total deste grupo de causa. A segunda faixa mais afetada nesse mesmo grupo foi a dos menores de 1 ano, com 1.268 casos.

Em relação ao Capítulo XI (Doenças do Aparelho Digestivo), em 2011, o principal grupo de causas de morbidade hospitalar correspondeu ao das colelitíases e colecistites, apresentando um total de 3.799 casos (24,43% do total de casos do Capítulo XI), sendo os indivíduos entre 30 e 39 anos os mais acometidos (832 casos), representando 3,54% do total de casos desta faixa etária em todos os grupos de causas e 21,90% do total deste grupo de causa.

No Capítulo IX (Doenças do Aparelho Circulatório), o principal grupo de causas evidenciado no ano de 2011 correspondeu ao das outras doenças isquêmicas do coração, com um total de 2.343 casos (17,87% do total de casos deste Capítulo), sendo a faixa de 60-69 anos a predominante, com 756 casos, representando 5,72% do total de casos desta faixa etária em todos os grupos de causas e 32,27% do total deste grupo de causa.

O grupo dos Leiomiomas de Útero correspondeu ao principal dentre as causas de morbidade associadas ao Capítulo das Neoplasias em 2011, com um total equivalente a 1.948 casos (15,47% do total de casos do Capítulo), onde a faixa etária predominante correspondeu a de 40-49 anos, apresentando 1.077 casos, representando 6,41% do total de casos desta faixa etária em todos os grupos de causas e 55,29% do total deste grupo de causa.

Cabe ainda destacar que no Capítulo XIX (Lesões Envenenamentos e Algumas Outras Consequências de Causas Externas), sétimo principal dentre os Capítulos do CID-10, o grupo referente às fraturas de outros ossos dos membros, apresentou no ano de 2011, 4.427 casos, correspondendo a 37,50% do total de casos do Capítulo, sendo a faixa de 20-29 anos a predominante, com 1.015 casos, equivalendo a 2,76% do total de casos desta faixa etária em todos os grupos de causas e 22,93% do total deste grupo de causa.

As hospitalizações para a clínica cirúrgica que em 2009 corresponderam a 27,5% cresceram para 30,98% do total de internações em 2011 (n=52.954), representando um incremento significativo no número de internações. No ano de 2011 as internações para a clínica médica foram equivalentes a 29,57% do total das hospitalizações, seguidas das internações na clínica obstétrica (25,56%) e na clínica pediátrica (11,6%). As internações nas demais especialidades corresponderam no ano de 2011 a 2,09% na clínica psiquiátrica, a 0,19% na pneumologia sanitária e a 0,02% para as internações em regime de hospital-dia.

3. REDE FÍSICA DE SAÚDE, PÚBLICA E PRIVADA, PRESTADORA DE SERVIÇO AO SUS

3.1 TIPO GESTÃO

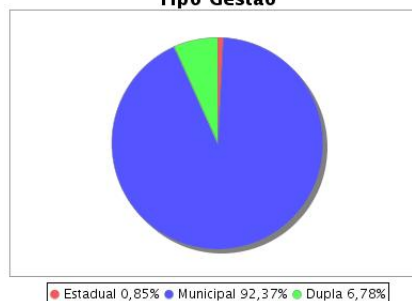
Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	14	13	1	0
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	3	3	0	0
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	4	0	1	3
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	39	35	1	3

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	623	572	0	51
HOSPITAL ESPECIALIZADO	22	16	0	6
HOSPITAL GERAL	71	46	3	22
POLICLINICA	20	18	0	2
POSTO DE SAUDE	451	450	1	0
PRONTO ATENDIMENTO	6	6	0	0
PRONTO SOCORRO GERAL	8	8	0	0
SECRETARIA DE SAUDE	152	150	2	0
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	23	22	1	0
UNIDADE MISTA	97	77	3	17
Total	1.533	1.416	13	104

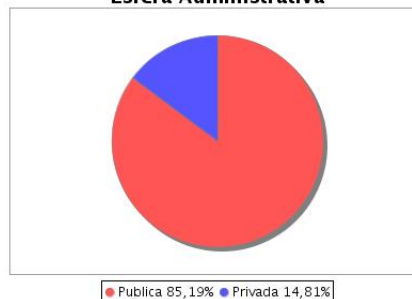
3.2. ESFERA ADMINISTRATIVA (GERÊNCIA)

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	285	209	16	60
FEDERAL	7	5	0	2
ESTADUAL	56	26	19	11
MUNICIPAL	1.576	1.497	5	74
Total	1.924	1.737	40	147

Tipo Gestão



Esfera Administrativa



Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS

Analisando os dados verifica-se que notadamente o CNES encontra-se desatualizado, podendo-se destacar as situações relacionadas às unidades básicas, mistas e policlínicas que, atualmente, são todas de gestão municipal.

Nesse sentido, cabe salientar que os CAPS, que são de gestão dupla, a partir de janeiro/2012 passarão a ser de gestão única dos municípios.

Outro ponto que merece retificação corresponde ao tipo de gestão e à configuração da Hemorrede. Quanto a isso, ressalta-se que a gestão da Hemorrede é 100% estadual, sendo composta por um total de sete unidades, dentre as quais cinco estão sob gestão estadual, uma sob gestão dupla (federal) e uma privada.

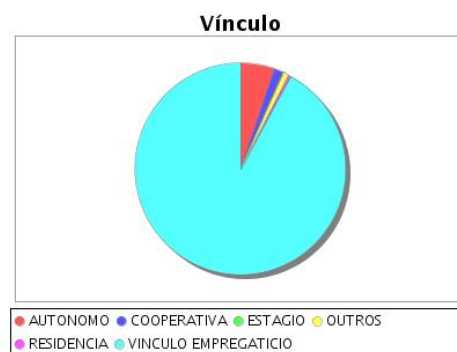
No CNES identifica-se a existência de 150 secretarias municipais. No entanto o Estado conta com 167 Secretarias Municipais de Saúde (uma por município do RN). Verifica-se, ainda, que os dados apresentados apontam a existência de 02 secretarias estaduais de saúde. Todavia, o que ocorre é que existem dois CNPJ, sendo um vinculado à Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN – SESAP/RN e outro ao Fundo Estadual de Saúde.

Igualmente importante, é a questão referente ao repasse da gestão financeira do nível de atenção de média complexidade sob tutela do Estado para 100% dos municípios, estando definido como prazo limite janeiro de 2012, cabendo, no entanto, ao Estado, realizar o monitoramento e a avaliação da prestação dos serviços e o uso adequado dos recursos financeiros. Em relação a isso, convém ressaltar que atualmente, restam apenas 32 municípios que não assumiram o controle dos recursos financeiros no nível de atenção de média complexidade.

Ressalta-se ainda que 22 unidades hospitalares encontram-se sob a gerência estadual, dentre as quais apenas 4 são tipificadas como unidades especializadas (Hospital João Machado, Hospital Giselda Trigueiro, Hospital Rafael Fernandes e Maternidade Parteira Maria Correia). As demais têm sua atuação atrelada à tipologia de Hospitais Gerais, sendo que o Hospital Maria Alice Fernandes volta a sua linha de atendimento para a clientela infantil.

4. PROFISSIONAIS SUS (Fonte: CNES)

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
INTERMEDIADO P ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM	435
INTERMEDIADO POR COOPERATIVA	35
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	714
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO NAO-	5
SEM INTERMEDIACAO(RPA)	36
SEM TIPO	648
TOTAL	1873
COOPERATIVA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	507
TOTAL	507
ESTAGIO	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	4
TOTAL	4
OUTROS	
TIPO	TOTAL
BOLSA	2
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	310
PROPRIETARIO	27
TOTAL	339
RESIDENCIA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	142
TOTAL	142
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSONADO	904
CELETISTA	1200
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	7407
EMPREGO PUBLICO	2974
ESTATUTARIO	17652
SEM TIPO	2742
TOTAL	32879



Análise e Considerações sobre Prestadores de Serviços ao SUS

De acordo com os dados do CNES, efetuou-se a análise do quadro de profissionais do SUS no âmbito estadual por tipo de vínculo, constatando-se um total de 35.237 trabalhadores, onde 5,32% (n=1.873) correspondiam a profissionais autônomos, 0,01% (n=4) a estagiários, 0,96% (n=339) aos integrantes da categoria outros (bolsa, contrato formal/informal e proprietário), a 0,40% (n=142) residentes e 93,31% (n=32.879) aos profissionais com vínculo empregatício, dos quais apenas 53,69% (n=17.652) constituíam o grupo de estatutários.

O contingente de trabalhadores ativos da SESAP/RN registrado no ano de 2011, segundo os relatórios da Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH/SESAP-RN, equivalia a 16.190 servidores efetivos, dentre os quais 97,24% (n=15.743) correspondiam a servidores do quadro próprio da Secretaria Estadual e 2,76% (n=447) a servidores requisitados de outros órgãos da esfera pública, com base na linha de cooperação institucional para a composição da força de trabalho do SUS. Além disso, foi evidenciada a existência de 3.353 trabalhadores cedidos a outros órgãos, dos quais 94,66% (n=3.174) encontravam-se cedidos aos municípios do RN na condição de municipalizados, 3,73% (n=125) perfaziam o total de

servidores cedidos a outros órgãos fora do âmbito do governo do estado (cessão externa) e 1,61% (n=54) referiam-se aos servidores cedidos a outras Secretarias de Estado do RN. Cabe destacar que houve uma discreta redução no quantitativo de servidores cedidos na condição de municipalizados em relação ao ano de 2010, equivalente a 2,08% (n=66) do total de municipalizados, decorrente, na maioria dos casos, da devolução de servidores à SESAP/RN em virtude da proximidade da sua aposentadoria.

Por meio das informações divulgadas pela CRH/SESAP-RN pode-se constatar ainda o registro de 546 designações, sendo 72,89% (n=398) referentes a designações de servidores pertencentes ao quadro efetivo da SESAP/RN e 27,11% (n=148) a designações extra-quadro (cargos de provimento em comissão).

No ano de 2011 registrou-se a existência de vacância, em razão da saída de 189 servidores que deixaram a força de ativa de trabalho, sendo 18 médicos, 06 enfermeiros, 13 técnicos de enfermagem, dentre outros cargos da saúde, denotando um aumento do déficit de profissionais existente.

Quanto à linha de aprimoramento técnico pode-se destacar que as ações desenvolvidas contemplaram a Gestão da Educação em Saúde, a Política de Educação Permanente, o Programa de Residência Médica, o Programa de Estágio Remunerado, o Programa de Estágio Curricular, o Núcleo de Ciência, Tecnologia e Economia da Saúde - NCTE e as linhas de qualificação do Centro de Formação de Pessoal - CEFOPE/SESAP-RN.

Por meio do apoio financeiro do FITEC foram contemplados com participação em eventos 758 servidores, sendo 262 beneficiados com passagens, 438 com diárias e 445 com inscrições. Além disso, 8 eventos foram realizados com recursos deste Fundo ao longo do ano de 2011.

Dando continuidade às suas ações, a Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço – CIES (constituída por gestores estaduais e municipais, instituições de ensino superior e médio, profissionais de saúde e representantes de movimentos sociais), apoiou e cooperou com os Colegiados de Gestão Regional na Política de Educação Permanente do SUS/RN, sendo encaminhados os seguintes Projetos de Educação Permanente: Projeto de Qualificação da Atenção Básica com ênfase nas Equipes de Saúde da Família; Projeto de Qualificação para a Rede de Apoiadores da Política nacional de Humanização; Projeto para Estruturação da Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Ciclo Gravídico e Puerperal e do Recém nascido; Projeto de Capacitação dos Conselheiros de Saúde e Representantes do Movimento Social do RN; Projeto de Urgência e Emergência; Projeto de Fortalecimento das Rdes de Atenção.

Em relação ao Programa de Residência Médica, constatou-se a existência de 10 residentes R1, 10 residentes R2 e 3 residentes R3 (apenas na área de psiquiatria).

O Programa de Estágio Remunerado teve o nº de vagas reduzido no ano de 2011 para 40, estando as mesmas 100% ocupadas por estagiários de cursos superiores de diversas áreas.

O Programa de Estágio Curricular aglutinou 20 instituições de ensino conveniadas (7 de nível superior e 13 de nível médio) para a realização de estágios obrigatórios e práticas supervisionadas.

O NCTE organizou e realizou o Seminário junto à FAPERN para avaliação parcial e final de 16 pesquisas referentes ao PPSUS 2007. Além disso, no ano de 2011 também elaborou o seu Regimento Interno.

O CEFOPE promoveu a realização de 2 cursos de formação técnica (Qualificação de Auxiliar em saúde Bucal, com 564 concluintes; e Habilitação do técnico em Saúde Bucal, com 411 concluintes) abrangendo as 8 Regiões de Saúde do RN, além de 1 curso de qualificação, 11 oficinas e 5 capacitações pedagógicas.

Convém ressaltar ainda que em parceria com o COSEMS, foram capacitados 133 municípios nas áreas de sistemas (CNES, SIA, SIH, FPO), tendo sido efetuadas visitas a todas as unidades de saúde, visando a extinção de inconsistências.

5. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecer a capacidade de gestão pública no SUS de forma a potencializar o conjunto de recursos disponíveis na prestação de serviços, otimizando e ampliando a estrutura física, tecnológica e gestão de pessoas para qualificação da atenção, articulada com organismos de controle social.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecer a gestão de pessoas, orientada nas diretrizes da política de gestão do trabalho e educação permanente.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Estruturar um sistema de informação gerencial de RH.		Não realizado.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar mecanismos descentralizados e regionalizados de gestão do trabalho e educação permanente.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar e implementar as Comissões de Integração Ensino-Serviço – CIES Regionais.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ordenar o processo de formação e qualificação de pessoal de nível médio em saúde.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Realizar cursos de formação técnica nas áreas de saúde bucal, nutrição e dietética, enfermagem, gestão para profissionais de saúde de nível médio.			0,00	0,00
Realizar cursos de qualificação para redução da mortalidade, atendendo 1753 agentes comunitários nos municípios prioritários.	1753 agentes comunitários. (RH)		0,00	0,00
Realizar 8 cursos de qualificação do cuidado de pessoas idosas com dependência para 234 cuidadores.	Realizar 8 cursos (RH/CPCS).		0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Garantir a capacitação permanente da força de trabalho da saúde, aprimorando a qualificação da assistência às pessoas.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Consolidar o processo de coordenação de residências médicas e multiprofissionais.			0,00	0,00
Realizar 6 cursos de aperfeiçoamento e atualização em áreas prioritárias beneficiando 180 profissionais de níveis profissionais de nível superior.	6 cursos. (RH)		0,00	0,00
Realizar em parceria com a UFRN 9 cursos de especialização em Gestão de Políticas de recursos Humanos em Saúde oportunizando a formação de 315 novos profissionais.	9 cursos de especialização em Gestão de Políticas de recursos Humanos em Saúde. (RH)		0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar alternativas governamentais que permitam a garantia do cumprimento dos direitos trabalhistas dos servidores da saúde e melhoria nas condições de trabalho e remuneração.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Discutir, estimular e apoiar mesa de negociação (municipais e regionais).	1 mesa de negociação. (RH)		0,00	0,00
Revisar e atualizar o Plano de Cargos, Carreira e Remuneração da SESAP/RN.	1 PCCR revisado. (RH)		0,00	0,00
Implementar política de valorização do trabalho e dos trabalhadores do SUS/RN de forma integrada e participativa.	Política implementada. (RH)		0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Apoiar a implantação dos dispositivos da PNH nos diversos serviços da rede de saúde.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Qualificar gestores, trabalhadores e usuários, através da educação permanente na Política Nacional de Humanização – PNH.		Realização de fóruns locais e rodas de conversa com a participação de gestores, trabalhadores e usuários nos seguintes serviços: Hospital Giselda Trigueiro: <ul style="list-style-type: none"> • 12 reuniões das apoiadoras da PNH com o grupo condutor e diretores do HGT para avaliar a cogestão; • 08 reuniões do Colegiado Gestor ampliado; • 06 rodas de conversa com cada unidade de produção para discussão dos processos de trabalho; • 06 oficinas de capacitação para os coordenadores/gestores das unidades de produção; • 07 atividades de EP para os Trabalhadores e Gestores das 	0,00	0,00

Unidades de Produção;

- 01 Curso de capacitação/EP para todas as unidades de produção;
- 05 reuniões para construção de um grupo condutor para estruturação da Ouvidoria;
- 08 atividades voltadas para a saúde do trabalhador e qualidade de vida.
- 11 módulos temáticos abordando a Gestão Participativa para Gestores e trabalhadores do HGT.

Maternidade Escola Januário Cicco;

- 05 reuniões de (re)apresentação e pactuação do PQM;
- 02 reuniões/oficinas para elaboração de planos de ação;
- 02 oficinas de sensibilização sobre conceitos e dispositivos;
- 09 oficinas de metodologia para implementação das diretrizes e dispositivos;
- 08 reuniões/oficinas para definição de: critérios clínicos, fluxos organizacionais, protocolos e equivalentes;
- 17 reuniões para constituição/apoio/acompanhamento de comitês, comissões, fóruns, câmaras técnicas e equivalentes;
- 05 reuniões/oficinas sobre plantas físicas, reformas e uso dos espaços;
- 04 momentos de atividades formativas/cursos de atualização e/ou como subsídios para implementação dos dispositivos e procedimentos em geral,
- 03 visitas técnicas a serviços de referência,
- 20 Reuniões do núcleo

Perinatal;

- 08 Reuniões para consolidação do monitoramento e avaliação PRMMI (Plano de Redução da Mortalidade Materna e Infantil);
- 02 Audiências com o

Complexo Hospitalar Universitário/UFRN;

07 Reuniões CGR (1 região) e Oficinas SVS

CEFOPE;

- 02 oficinas gerais de discussão do processo do apoio.
- 02 encontros para pactuação da proposta.
- Oficinas em pequenos grupos para o levantamento do diagnóstico da situação dos processos de trabalho.
- 16 encontros dos subgrupos. (equipe técnica pedagógica, biblioteca, secretaria escolar, setor de pessoal e compras, direção geral, técnica-pedagógica e administrativa, grupo assessor da direção) para discussão da gestão participativa, diagnóstico situacional e construção da proposta.
- Seminários temáticos com as demandas da equipe pedagógica
- Rodas de conversa - Reuniões descentralizadas dos diferentes espaços na escola (Discussão de textos, e de situações problema.
- Exposição dialogada da política nacional de humanização e de seus dispositivos

Hospital Mons. Walfredo Gurgel: reuniões e rodas de conversa com o GT para consolidação da proposta de implantação dos dispositivos da PNH no hospital; Realização de seminário com participação de cerca de 200 profissionais

Apoio à implantação da gestão participativa no município de São Bento do Norte:

- 04 reuniões com a gestão para discutir estratégias de ação no município.
- 03 oficinas com os trabalhadores das secretarias.
- 04 reuniões da PNH para acompanhamento e avaliação.

Apoio à frente Valorização do Trabalho e da Saúde do Trabalhador do SUS

		<ul style="list-style-type: none"> • 06 reuniões com os gestores para discutir a importância da SESAP coordenar a construção e implementação de uma política voltada para o trabalhador do SUS. • 01 Seminário para construção das diretrizes de um documento/portaria para a valorização do trabalho e da saúde do trabalhador do SUS/RN. • 12 reuniões do GT saúde e trabalho, para consolidação da proposta 		
Realizar pesquisa para implantação/implementação da PNH no RN.		Realização parcial da pesquisa nos 23 hospitais do Estado	0,00	0,00
Institucionalizar a Política de Monitoramento e Avaliação da PNH.		Proposta de monitoramento e avaliação construída, porém não efetivada	0,00	0,00
Instituir mecanismos formais de implementação, acompanhamento e avaliação dos dispositivos da PNH.		Realizado mapeamento dos dispositivos da PNH implantados nos principais serviços da rede, com a construção da proposta para monitoramento	0,00	0,00
Realizar Pesquisa acerca da implantação da PNH no RN.		Realização da pesquisa nos hospitais do Estado acerca da representação social da Humanização para os profissionais de saúde	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Articular as ações da PNH no RN, institucionalizando enquanto uma política transversal nas práticas de atenção e gestão em saúde.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Capacitar 160 apoiadores visando a ampliação e fortalecimento do PNH no SUS/RN.		Proposta encaminhada para aprovação nas instâncias legais da SESAP	0,00	0,00
Realizar 6 encontros anuais para qualificar gestores, trabalhadores e usuários através da educação permanente para aprofundamento das referências teóricas da PNH e seus dispositivos.		<p>09 (nove) fóruns descentralizados (Natal, Mossoró, São Bento do Norte e Caicó).</p> <p>1º - As Políticas Prioritárias do Ministério da Saúde – O Papel da Política Nacional de Humanização nesse Novo Contexto. 265 participantes</p> <p>2º - I Fórum Regional de Humanização – O Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde 215 participantes</p> <p>3º Fórum da Política Estadual de Humanização do SUS/RN e I Oficina Estadual de Valorização do Trabalho e da Saúde do Trabalhador do SUS/RN 190 participantes</p> <p>4º - II Fórum Regional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde 150 participantes.</p> <p>5º - A Formação da Rede de Apoiadores da PNH do RN 106 participantes</p> <p>6º Percursos e Desafios na Construção das 75 participantes</p> <p>7º- Fórum no município de São Bento do Norte - Refletindo a Humanização do atendimento: Acolhendo com resolutividade. 92 participantes</p> <p>8º - Fórum de São Bento do Norte. – Discutindo a missão das secretarias no contexto do atendimento 180 participantes</p> <p>9º - Os processos de trabalho e o trabalhador na perspectiva da gestão participativa. 180 participantes</p>	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecer a capacidade de gestão, desenvolvimento institucional e comunicação social do SUS no RN.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecer as instâncias colegiadas no SUS do RN (CIB, CES e CGR).		Foram reformados os regimentos da CIR e da CIB, adequando-os ao decreto 7.508 de Junho de 2011. Foram criados grupos de apoiadores das áreas de planejamento, promoção à saúde e COHUR, totalizando 32	0,00	0,00

apoiadores onde cada 3 apoia uma região. Além disso, foi prestada assessoria na utilização dos recursos proveniente da portaria nº 1.699 de 2009. Também foi garantida a participação dos membros do colegiado (CIR) e do controle social no Congresso de Secretários Municipais de Saúde (12º congresso) e no CONASEMS (26º congresso), além de outros fóruns. O apoio ao controle social se deu através da participação dos conselheiros em 100% das conferências municipais, e nas conferências estadual e federal.

Avaliação da diretriz

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS no RN.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Apoiar 100% dos municípios na elaboração dos instrumentos de gestão (plano de saúde, programação anual e relatório anual de gestão).		Foram realizadas 8 sessões temáticas, em parceria com o COSEMS, atingindo 100% dos municípios.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Desenvolver e implementar uma rede de cooperação com os municípios.			0,00	0,00
Consolidar o Plano Diretor de Regionalização do RN - PDR.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Efetivar o Plano Diretor de Regionalização – PDR de forma descentralizada com a participação dos Colegiados Regionais.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar o processo de regionalização no RN.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar equipes de apoio integrado com funcionamento regular e instrumentalizando os CGR para tomada de decisão.	8 equipes.	8 equipes.	0,00	0,00
Estabelecer mecanismo de cooperação e apoio técnico aos municípios no processo de regionalização solidária.			0,00	0,00
Apoiar técnico e financeiramente os CGR, propiciando arranjos institucionais, de forma solidária e cooperativa, reduzindo as desigualdades regionais.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Monitorar e avaliar a regionalização no RN.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Monitorar e revisar trimestralmente a Programa Pactuada e Integrada – PPI .	4 revisões.		0,00	0,00
Monitorar 100% dos municípios na execução dos Pactos estabelecidos no Pacto pela Saúde (Pacto pela Vida, Termo de Compromisso de Gestão, PAVS, entre outros).	100% dos municípios.		0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar a Política Estadual de Regulação de forma regionalizada, garantindo o acesso aos usuários do SUS no RN.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar o cadastro do Cartão Nacional de Saúde em 100% dos municípios do RN.	100% dos municípios.		0,00	0,00
Garantir o acesso ao tratamento fora do domicílio a 100% das solicitações interestadual.	100% das solicitações.		0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Estruturar o Complexo Regulador do Estado com abrangência regional, integrando a Central de Atenção Pré-Hospitalar e Urgência e as Centrais de Internação Consultas e Exames.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar complexos reguladores nas 8 regiões de saúde.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecer e fiscalizar a qualidade das ações e serviços de saúde e da aplicação de recursos no âmbito do SUS.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Evitar fraudes, desvio e mal aplicação de recursos do SUS.			0,00	0,00
Apurar 100% das denúncias encaminhadas a SESAP/RN.	100% das denúncias.		0,00	0,00
Garantir a auditoria de forma complementar aos serviços de média e alta complexidade dos municípios do RN.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecer a participação e o controle social do SUS.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Atualizar 100% do cadastro dos conselhos municipais junto ao Cadastro Nacional dos Conselhos.		Meta cumprida parcialmente. A atualização dos Cadastros dos Conselhos Municipais de Saúde se encontra em andamento devido o novo Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS.	0,00	0,00
Garantir a qualificação para conselheiros na perspectiva da educação permanente.		Meta executada parcialmente. Foi aprovado na CIES o Projeto de qualificação e Capacitação de Conselheiros de saúde com os recursos da educação permanente. Tal projeto ainda não foi operacionalizado, porém o CES/RN realizou Plenárias Regionais de Saúde, onde foram abordadas temáticas sobre saúde pública e Controle Social.	0,00	0,00
Assegurar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde – CES e as ações do controle social, realizando aquisição de materiais, equipamentos e infraestrutura física.		Meta cumprida em parte. O ano de 2011 foi particularmente difícil para o funcionamento do CES/RN. Apesar da legislação deixar claro que cabe a gestão a obrigação em garantir a infraestrutura do controle social, mal terminou o primeiro semestre e ficamos sem telefone fixo, chegando ao ponto de sequer recebermos chamadas. Tivemos problemas com a internet. O Governo/Sesap inviabilizou o uso de recursos do OGE e para completar até com os veículos do CES/RN tivemos intervenção autoritária do então secretário de saúde. Em suma, o funcionamento do CES/RN, se deu	0,00	0,00

		graças a garra dos conselheir@s.		
Realizar a Conferência Estadual de Saúde.		Meta executada. Realização da 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, nos dias 17, 18 e 19 de outubro/2011, com participação de representantes de todos os municípios do estado.	0,00	0,00
Realizar conferências temáticas deliberadas pelas conferências de saúde (Saúde do trabalhador, ambiental e outras).		Não realizada. O ano de 2011 foi específico para a conferência geral de Saúde. No país inteiro não houve quaisquer conferência temática.	0,00	0,00
Estabelecer ações conjuntas com o Ministério Público, visando sanar as distorções ocorridas no atendimento ao usuário do SUS.		Não realizadas.	0,00	0,00
Capacitar Conselheiros para acompanhamento dos sistemas de informação, priorizando o SIOPS.		Meta realizada. Permanentemente, em períodos diversos tem havido momentos em que tanto o CES/RN como os CMS têm se debruçado sobre o Siops.	0,00	0,00
Acompanhar junto à Ouvidoria as demandas oriundas da população e dos profissionais que atuam nos hospitais do Estado e as respectivas soluções encaminhadas.		Meta alcançada. A equipe da Ouvidoria da Sesap tem realizado apresentações dos relatórios semestrais de atuação. O CES/RN já aprovou uma minuta de Lei Estadual para implantação e organização da Ouvidoria SUS/RN, que está há bastante tempo no Gabinete Civil da Governadoria aguardando o envio a Assembleia Legislativa.	0,00	0,00
Realizar divulgação das ações concernentes ao Conselho Estadual de Saúde.		Meta cumprida. Além de ter um blog específico, o CES/RN conseguiu ocupar um espaço considerável na imprensa. Da mesma forma procura dar visibilidade as suas ações nas redes sociais via espaço virtual.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Realizar plenárias regional e estadual de conselheiros para discutir a política de saúde.		Meta executada. Foram realizadas 07 (sete) Plenárias Regionais de Conselhos de Saúde, inclusive como processo de preparação da 7ª Conferência Estadual de Saúde - 7ª CES/RN.	0,00	0,00
Acompanhar a funcionalidade dos Conselhos Municipais de Saúde em 100% dos municípios do RN.		Meta cumprida. Em 2011 o acompanhamento se deu por ocasião da organização e realização das Conferências Municipais e articulação para Conferências Estadual em todos os 167 municípios do RN.	0,00	0,00
Participar das reuniões dos CGR em todas as regiões.		Meta cumprida parcialmente. Apesar da irregularidade no calendário dos CGRs/CIRs e do fato de ser ano de conferência, tivemos a preocupação de sempre enviar algum conselheiro estadual para o devido acompanhamento.	0,00	0,00
Realizar 8 fóruns de discussão para debater o papel do controle social nos CGR.		Meta cumprida. Todos os anos o CES/RN tem realizado plenárias nas regiões de saúde onde os CGRs/CIRs tem sido pauta. Inclusive durante todo o ano de 2011, de acordo com o calendário de reuniões de tais Colegiados, tivemos a preocupação de enviar um conselheiro estadual para o devido acompanhamento.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Apoiar os processos de educação popular com vistas à participação do controle social no SUS.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Expandir e divulgar os direitos do usuário dos serviços de saúde.		Meta cumprida em parte. Como o ano de 2011 foi um ano de conferência de saúde, o CES/RN estimulou que os CMS reproduzissem a carta de Direitos de Usuários do SUS. Na 7ª Conferência Estadual de Saúde tod@s os participantes receberam tal documento.	0,00	0,00

Implantar canais de comunicação com entidades corporativas (associações, sindicatos, conselhos), possibilitando a formação e ampliação de consensos em torno de interesses coletivos com vistas ao fortalecimento do controle social.		Meta cumprida em parte. Devido a necessidade em se articular com demais parceiros e entidades representativas que atuam na saúde e controle social, o CES/RN, está integrado desde 2008, ao Fórum Estadual contra as Privatizações (na época este fórum tinha outro nome). Neste espaço também participam importantes entidades sindicais e corporativas.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Aperfeiçoar, integrar e articular os sistemas de informação e bases de dados existentes, de âmbito nacional, de interesse para a saúde do Estado, buscando a interoperabilidade desses sistemas, com vistas a uma gestão mais qualificada das informações em saúde .			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar/implementar em 100% das regiões de saúde informatização da informação para dar suporte à gestão da saúde.	100% das regiões.		0,00	0,00
Implantar/implementar em 100% das regiões de saúde a Teletrocardiografia e gestão de dados médicos para a saúde (TELEMEDICINA).	100% das regiões.		0,00	0,00
Implantar/Implementar em 100% das unidades hospitalares o Sistema de Gestão Hospitalar.	100% das unidades hospitalares.		0,00	0,00
Implantar/Implementar o programa TELESUADE no RN.	1 programa.		0,00	0,00
Cooperar tecnicamente com os municípios para o monitoramento, análise e avaliação da situação.	167 municípios.		0,00	0,00
Capacitar 100% dos municípios na operacionalização dos sistemas de informação.	100% dos municípios.		0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Identificar surtos e emergências epidemiológicas em tempo hábil para as providências de controle da rede tecnológica do Estado, através do suprimento de equipamentos de software e hardware para notificação de agravos, melhorando a qualidade e cobertura dos dados dos sistemas nacionais (SIM, SINASC, SINAN e outros).			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Efetivar em 100% dos municípios do RN os sistemas de vigilância em saúde.	100% dos municípios.		0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Expandir e melhorar a infraestrutura administrativa dos serviços de saúde .			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Reforma e ampliação da estrutura física da sede da SESAP/RN e das URSAP.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Estruturar a rede de serviços públicos de atenção à saúde.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliar a oferta de novos serviços e da incorporação de novas tecnologias em saúde.			0,00	0,00
Garantir a manutenção e investir na aquisição de equipamentos e infraestrutura da rede assistencial nas			0,00	0,00

regiões de saúde.				
Construir a sede do LACEN integrado com o laboratório Estadual de Entomologia.		Não realizado.	0,00	0,00
Adequar a estrutura física da base de UBV.		Não realizado.	0,00	0,00
Concluir a estrutura física da rede de frios do estado do RN.		Não realizado.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Organizar a infraestrutura para gestão do SUS.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar na rede hospitalar programa de gerenciamento para manutenção de equipamentos.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliar, descentralizar e qualificar a ouvidoria do RN .			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar/ampliar o sistema de ouvidoria da saúde de forma a consolidar um canal de comunicação entre os gestores e usuários.		Foi realizado seminário de capacitação para nossas subredes; Desevolvimento do trabalho da Ouvidoria através dessas subredes, com isso ampliasse a cobrança da ouvidoria do nosso estado.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Integrar as ações de promoção, prevenção e assistência, numa perspectiva ampla de atenção à saúde, fortalecendo o papel da indução do gestor estadual, de modo a articular a organização de redes de saúde voltadas para um modelo de desenvolvimento que contemple a equidade em sua dimensão pessoal e territorial.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Efetivar a atenção primária como espaço prioritário do SUS .			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar a cobertura da Estratégia Saúde da Família no RN.		Implementado 81,72%	0,00	0,00
Implementar a cobertura de saúde bucal no RN.		Implementado 91,09%	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecer a gestão solidária apoiando os municípios no financiamento e organização dos serviços.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Repassar o cofinanciamento da atenção primária para 100% dos municípios.		Não realizado.	0,00	0,00
Apoiar e incentivar a implantação dos Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família, prestando o apoio matricial em 100% dos municípios.		Realizado 100% dos municípios.	0,00	0,00
Garantir o apoio e monitoramento das ações de atenção primária em 100% dos municípios.		Realizado 100% dos municípios.	0,00	0,00

Avaliação da diretriz

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Qualificar a atenção primária de forma a reorganizar o modelo de atenção.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Integrar os territórios de atuação das ações de atenção primária com a vigilância.		Não realizado.	0,00	0,00
Garantir a educação permanente dos profissionais de saúde com abordagem integral nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão.		Realizado (3ª, 4ª URSAP e Grande Natal).	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar a política estadual de atenção à saúde da mulher, da criança, do adolescente e jovem, da pessoa idosa e do homem.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar nos municípios prioritários redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica com cobertura de 43,3% dos municípios. (1)		Implantado nas regiões prioritárias: Municípios de Natal e Mossoró.	0,00	0,00
Promover educação permanente na área de violência contra a mulher nas 8 regiões de saúde.		7 regiões capacitadas.	0,00	0,00
Capacitar profissionais para implantação da ficha de violência doméstica sexual e outras violências nos municípios de Mossoró e São José de Mipibu.		Realizado na Região de São José do Mipibu	0,00	0,00
Implantar/implementar o atendimento às vítimas de violência sexual nos hospitais regionais do Estado.		Implantado no Hospital Dr. José Pedro Bezerra.	0,00	0,00
Elaborar proposta de intervenção para prevenção à violência e promoção da saúde.		Elaborado Projeto – Fortalecimento da Vigilância e Prevenção das Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura da Paz – SES/RN. Aprovado pela MS/Recursos da Política Nacional de Promoção da Saúde.	0,00	0,00
Implantar o Plano Estadual de Redução da Transmissão Vertical do HIV e sífilis.		Realizado.	0,00	0,00
Realizar triagem neonatal (teste do pezinho) em 100% dos municípios.		Não realizado.	0,00	0,00
Estimular a adesão de hospitais Amigo da Criança no Estado.			0,00	0,00
Implantar a política estadual de atenção ao adolescente.		Não realizado.	0,00	0,00
Implementar em parceria com a Secretaria de Estado da Educação o Programa Saúde nas escolas.		Realizado (166 municípios aderiram).	0,00	0,00
Redução em 5% da ocorrência da gravidez em adolescentes.			0,00	0,00
Elaboração do Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde Integral do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação Provisória – POE.		Não realizado.	0,00	0,00
Elaborar programas com ênfase em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes.			0,00	0,00
Estimular em 100% os municípios ações proativas de promoção e prevenção à população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos.			0,00	0,00
Implantar o Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem.		Realizado (1ª, 2ª e 4ª regiões).	0,00	0,00
Garantir a cobertura vacinal contra Influenza em 80% dos idosos na faixa etária > 60 anos.		Realizado em 87,38%.	0,00	0,00
Garantir anualmente a fiscalização de 100% das instituições de longa permanência – ILPI cadastradas no Estado.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Apoiar o compromisso firmado com gestores e sociedade civil para redução da mortalidade materna e neonatal.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado

Incentivar e apoiar cumprimento das metas do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.		Realizado (apresentação dos planos em todos os municípios, parcerias com MP em todas as regiões, capacitações em todas as regiões).	0,00	0,00
Qualificar a assistência obstétrica e neonatal definindo referências para gestação de alto risco com pacote de ação baseada em evidências implementadas.		Não realizado.	0,00	0,00
Intensificar em 60% a investigação de óbito em mulheres em idade fértil e em 70% óbitos maternos.		Realizado: Investigação de óbito materno= 93,5% Investigação de MIF = 84,5%	0,00	0,00
Implantar, implementar e qualificar comitês de mortalidade materna e neonatal nos municípios prioritário.		Realizado para mortalidade materna nos 9 municípios prioritários.	0,00	0,00
Monitorar e avaliar 100% dos municípios prioritários para a redução da mortalidade materna.		Realizado em todos os municípios prioritários.	0,00	0,00
Implantar e implementar nas 8 regiões do estado UTI neonatal.			0,00	0,00
Implantar 2 novos bancos de leite humano no Estado do RN.		Não realizado.	0,00	0,00
Implantar a Rede Amamenta Brasil no RN.		Não realizado.	0,00	0,00
Implantar e implementar o método canguru em 100% das maternidades do Estado do RN.		Implantado em 3 maternidades (Santa Catarina, Hospital da Polícia, APAMIM-MOSSORO).	0,00	0,00
Realizar pesquisa para avaliar a situação alimentar e nutricional das crianças menores de 5 anos.		Realizada uma pesquisa em todas as regiões.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Priorizar em todas as medidas as metas do Pacto pela Saúde.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliar em 15% a notificação dos casos de sífilis em gestantes.		Realizado parcialmente (4,8%).	0,00	0,00
Aumentar em 100% a cobertura de testagem para sífilis no pré-natal.		O Plano Estadual de Transmissão Vertical é voltado para a rede de maternidades. No Programa DST, Aids e HV não há nenhum programa voltado para a atenção básica. O que haverá é a Rede Cegonha que está sob responsabilidade da Atenção Básica/Saúde da Mulher.	0,00	0,00
Ampliar e realizar a vigilância da mortalidade materna e neonatal em no mínimo 60% de óbitos ocorridos.		Realizado Investigação de óbito materno= 95,0% Investigação de óbito neonatal= 26,2% Fonte: SIM-SINASC/SUVIGE/CPS/SESAP em 23.07.2012	0,00	0,00
Qualificar a assistência neonatal em 100% dos municípios do RN.		Não realizado.	0,00	0,00
Ampliar em 50% a cobertura de exames de Papanicolau em mulheres de 25 a 59 anos de idade.		A razão pactuada pela SESAP para o período 2006 a 2011 variou de 0,30 a 0,27. O resultado alcançado no mesmo período vem declinando de 0,29 em 2006 para 0,20 em 2011. A meta mínima preconizada pelo INCA/MS é de examinar a razão de 0,33 das mulheres do RN, na faixa etária de 25 a 59 anos. Desde 2002 a meta não vem sendo alcançada. A SESAP dispõe de uma rede credenciada ao SUS já estruturada para a realização do exame citopatológico (Papanicolaou), no entanto, o acesso da mulher aos serviços de coleta na rede básica de saúde não está acessível, com horários diferenciados, principalmente para a mulher trabalhadora, usuária do SUS. A falta de material descartável para coleta tem sido um fator preponderante para a redução no número de coleta (espécúlos, lâminas, escovas) entre outros. A redução no número de coleta do exame preventivo pelos municípios com população maior que 50 mil habitantes, tem influenciado negativamente o indicador do Estado. Quanto à descentralização do seguimento da mulher para acompanhamento pelos municípios não vem funcionando em razão da infraestrutura disponível nas SMSs – número insuficiente de profissionais para coordenar e conduzir o programa. O Estado vem insistindo na capacitação das equipes de	0,00	0,00

informática sem sucesso desde 2006.

Ampliar a cobertura de exames de mamografia em mulheres de 40 a 60 anos.		A razão pactuada pela SESAP para o ano de 2010 é de 0,09 o que corresponde a 4.971 mamografias a realizar por trimestre. Quando comparamos os resultados de 2009 com os dados obtidos em 2011 observa-se que houve um crescimento de 22% ao número de exames realizados em 2010. A capacidade instalada para prestação de serviços de oncologia em 2011 é a mesma cadastrada no CNES em 2010. Embora, na prática, tenha ocorrido uma redução no número de serviços de mamografia devido aos baixos valores pagos pela tabela SUS O Município de Natal concentra 90% do serviço de média e alta complexidade: 1 CACON (LIGA) e 3 UNACON (Hosp Center, Hosp. Coração e Hosp. Inf. V. Santiago).	0,00	0,00
Reduzir em 5% a mortalidade infantil no Estado do RN.		Não alcançado – Redução de 2,6% em relação a 2010. Fonte: SIM-SUVIGE/CPS/SESAP em 24.05.2012	0,00	0,00
Intensificar investigação em 50% dos óbitos infantis e 60% dos óbitos fetais.		Realizado Investigação de óbito infantil – 25,3% Investigação de óbito fetal- 24,2% Fonte: SIM-SINASC/SUVIGE/CPS/SESAP em 23.07.2012	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Garantir a integralidade da atenção às doenças crônicas não transmissíveis .			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar notificação de agravos nas emergências estadual.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Minimizar os agravos da hipertensão arterial e do diabetes melittus, tanto na população em geral, quanto aos portadores dessas patologias.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Reduzir em 2% a taxa de internação por acidente vascular cerebral.		Houve um aumento no número de internações por AVC no período de 2008 a 2011 (2,84/10.000 para 4,62/10.000). Isso se deve a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o atendimento não qualificado pela Estratégia Saúde da Família. O PRAD foi implantado desde abril/2010, porém, não se observa uma melhoria no atendimento aos portadores de Diabetes mellitus na atenção primária a saúde. O número de amputações continua aumentando. Falta medicamentos essenciais na rede básica de saúde e o acesso dos portadores ao atendimento médico nas unidades de saúde é insuficiente.	0,00	0,00
Reduzir para 3/10.000 hab. A taxa de internação por diabetes melittus e suas complicações.		Houve um aumento na taxa de internação por diabetes (na população de 30 a 59 anos) no período de 2008 a 2011 de 4,37 /10.000 para 7,62/10.000 respectivamente. Este aumento pode ter sido influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente e pela mesma causa. A maioria das internações não tem como causa principal o diabetes e sim as suas complicações.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado

Promover o controle efetivo das patologias diabetes melitus e hipertensão arterial.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Desenvolver ações educativas voltadas à prevenção da hipertensão e diabetes em 100% dos municípios.		Realizado em 2 regiões (3ª e 4ª)	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar a política de atenção integral às pessoas com deficiência.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Elaborar e implementar projeto de atendimento oftalmológico articulado com o Projeto Olhar Brasil, atendendo a 100% dos casos diagnosticados pelo programa.		Não realizado.	0,00	0,00
Implantar a triagem auditiva neonatal nas maternidades do Estado.		Não realizado.	0,00	0,00
Dispensar meios auxiliares de locomoção (cadeiras de roda, muletas, andadores e bengalas) para 100% dos pacientes cadastrados nas unidades de internação.			0,00	0,00
Fornecer próteses de membros para pacientes amputados e cadastrados nos serviços de reabilitação na rede estadual e municipal de saúde, quando indicado.			0,00	0,00
Fornecer órteses de membro superior para pacientes atendidos nos serviços de reabilitação da rede estadual e municipal, quando indicado.			0,00	0,00
Dispensar bolsa de ostomia para 100% dos pacientes cadastrados nos hospitais de referência.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Garantir a ampliação do acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde bucal.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Realizar levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no estado em conjunto com os municípios.		Realizado em todo o Estado.	0,00	0,00
Realizar pesquisa para levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no estado em conjunto com os municípios. (1)		Realizado.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Desenvolver ações de controle do câncer de colo de útero e de mama.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar o SISMAMA em 100% dos serviços de mamografias habilitados no SUS. (2)		75% dos serviços de mamografia cadastrados no SUS estão com o programa informatizado SISMAMA implantado. Vale salientar que a maior resistência para implantação do sistema informatizado SISMAMA se encontra no serviço público estadual (25%)	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Organizar e implementar redes regionalizadas de atenção integral à saúde mental.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar 6 unidades de assistência em álcool e outras drogas (CAPS AD) nos municípios.		Implantado em 2 municípios (Nova Cruz e Macau)	0,00	0,00
Implantar 2 unidades de atenção psicossocial (CAPS I) nos municípios.		Implantado em 3 municípios (João Câmara, Patu e Caraúbas)	0,00	0,00

Implantar 2 unidades de atenção psicossocial (CAPS III) nos municípios.	Implantado 1 unidade em Natal.	0,00	0,00
Garantir os leitos integrais de saúde mental em 14 unidades hospitalares do Estado.	Garantido em apenas 1 unidade no HUOL com 6 leitos.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz			

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Adotar medidas para garantir assistência hematológica e hemoterápica com padrões de qualidade e eficiência dos serviços.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Coordenar a implantação da agência transfusional no Hospital Giselda Trigueiro.		* Aguardando decisão do Hospital Giselda Trigueiro para abertura da agência.	0,00	0,00
Estimular e participar da informatização de 100% das Agências Transfusionais do Estado, implantando o programa Hemovida do MS, interfaciando com o Hemocentro coordenador.		Ainda não informatizada.	0,00	0,00
Implantação do Comitê Transfusional no Hemonorte e estimular e participar da criação nas Unidades Hospitalares.		Em fase de implantação.	0,00	0,00
Implantação do Programa de Gestão da Qualidade no Hemonorte, visando a acreditação do serviço.		Implantação do Núcleo da Qualidade em 2011.	0,00	0,00
Implantação do teste de triagem de Hemoglobina S em doadores de sangue.		Implantação do teste de triagem de Hemoglobina S no laboratório de imunohematologia em maio/2011.	0,00	0,00
Ampliar a parceria com a UFRN e outras Universidades do Estado na área de ensino e pesquisa.		<ul style="list-style-type: none"> 03 Dissertações de mestrado realizadas em 2010/2011 pelo Programa de Pós-Graduação da UFRN; 02 Dissertações de mestrado em andamento em 2011/2012; 03 teses de doutorado (2011/2012); Projetos aprovados pelo FAPERN em andamento – PPSUS/2009 - Perfil Imunomolecular das Leucemias Agudas: Uma abordagem da citometria de Fluxo. 01 Orientação de Iniciação Científica de aluno da UFRN em andamento; Acompanhamento em 2011 de 13 estágios curriculares pela UFRN.	0,00	0,00
Manter a cobertura hemoterápica de 100% da rede SUS no RN.		Meta atendida anualmente.	0,00	0,00
Desenvolver campanhas educativas de maior abrangência popular para aumentar a coleta de sangue no Estado, conscientizando o cidadão da responsabilidade social e da importância da doação de sangue voluntária, consciente e sistemática.		<ul style="list-style-type: none"> Realizadas 75 Campanhas Educativas em 2011. (Grande Natal e Interior) 	0,00	0,00
Aumentar o quantitativo de plasma enviado para indústria.		Meta atingida em 2011.	0,00	0,00
Incrementar o cadastro de doadores de medula óssea para o REDOME no RN.		Meta atendida.	0,00	0,00
Garantir atenção hematológica integral aos portadores de hemoglobinopatias e coagulopatias, estabelecendo rede de atendimento de referência e contra referência de acordo com o que preconiza o SUS.		A assistência básica é dada pelo município e a Sesap através do HWG e Hospital infantil. A atenção secundária é feita pelo Hemocentro, bem como a distribuição de fatores de coagulação, recebidos pelo MS. A medicação específica para os portadores de hemoglobinopatias é feita pela Unicat.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Garantir a manutenção do parque tecnológico da hemorrede do RN.			0,00	0,00
Estruturar os serviços de hemoterapia e hematologia, visando a qualidade da atenção e a segurança transfusional do sangue em toda a rede pública do RN.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliar e reformar os laboratórios da Hemoterapia do Hemocentro Coordenador, construção de 02 consultórios e 01 mini auditório no térreo para palestras com candidatos à doação de sangue e para garantir a acessibilidade a portadores de deficiência física, ampliação do almoxarifado e do setor de		<ul style="list-style-type: none"> Convênio 940/2006 firmado entre o MS e a SESAP * Em processo licitatório os equipamentos e as obras estarão iniciando nos próximos dias. 	0,00	0,00

nutrição.				
Ampliar e reformar a área física do Anexo da Hematologia que atingirá a sala de transfusão, construção do setor de fisioterapia para atendimento para os pacientes hemofílicos e falcêmicos.		• Convênio 3046/2007 firmado entre o MS e a SESAP * Aguardando autorização do MS para processo licitatório	0,00	0,00
Construção da nova sede do Hemocentro Regional de Caicó.		• Convênio 2502/2007 firmado entre o MS e a SESAP * Em readequação do projeto para processo licitatório	0,00	0,00
Ampliar o Hemocentro de Mossoró com construção da área administrativa, auditório, garagem para a unidade móvel de coleta e dos veículos e repouso do motorista.		* Aguardando liberação de recursos da Caixa Econômica, para realizar processo licitatório.	0,00	0,00
Reformar o Hemocentro Regional de Mossoró criando o laboratório de Controle de Qualidade e o DML, ampliando o laboratório de Imunohematologia, fracionamento e estoque, o almoxarifado e a sala de transfusão.		* Aguardando liberação de recursos da Caixa Econômica, para realizar processo licitatório.	0,00	0,00
Implantar a automação do laboratório de imunohematologia com aquisição de novas tecnologias e capacitação de profissionais.		Firmado comodato dos equipamentos com instalação para início de 2012.	0,00	0,00
Implantação dos exames de HLA para doadores e receptores de órgãos, buscando o credenciamento junto ao Ministério da saúde.		Laboratório iniciou o funcionamento em dezembro de 2011. Aguardando o credenciamento do MS.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliar o acesso às ações e serviços de saúde às populações em situação de vulnerabilidade (quilombola, assentados, pessoas privadas de liberdade, LGBTQT, trabalhadoras do sexo).			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliar cobertura das ações de promoção e prevenção às pessoas de maior vulnerabilidade (quilombola, assentados, pessoas privadas de liberdade, LGBTQT e trabalhadoras do sexo).		Implantação do Comitê das Políticas de Promoção da Equidade com objetivo de realizar diagnóstico situacional das populações: quilombola, assentados, pessoas privadas de liberdade, LGBTQT e trabalhadoras do sexo. (2012).	0,00	0,00
Fomentar eventos para gestores e profissionais da saúde, visando combater à discriminação, preconceito e desigualdades em relação à população LGBTQT e trabalhadoras do sexo.			0,00	0,00
Garantir o acesso aos serviços de saúde às pessoas portadoras de doenças falciformes e outras hemoqlobinopatias.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Definir e implantar ações de saúde em unidades prisionais o Estado.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar equipes de saúde penitenciária nas unidades prisionais no Estado, articulada com uma rede de referência e contra-referência organizada.		Não realizado.	0,00	0,00
Capacitar 100% dos trabalhadores das equipes de saúde penitenciária.		Não realizado.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Reorganizar a rede de atenção especializada .			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Supervisionar e contratualizar 220 hospitais de pequeno porte – HPP no RN.			0,00	0,00
Contratualizar 100% da rede hospitalar sob gerência estadual com metas definidas através de Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos.			0,00	0,00
Definir linhas de atendimento para os hospitais filantrópicos com vista a resolutividade nas regiões.			0,00	0,00

Participar do cofinanciamento de Consórcio Intermunicipal, garantindo a disponibilidade de serviços não realizados com valores da tabela SUS.			0,00	0,00
Implantar 238 aparelhos de tele-eletrocardiografia digital em 100% dos municípios do RN.	Foram implantados 164 eletrocardiógrafos.		0,00	0,00
Implantar no RN um Centro de Telemedicina, permitindo o acesso ao diagnóstico à distância, via Internet para as áreas de cardiologia.	Realizado.		0,00	0,00
Garantir o acesso regionalizado ao apoio diagnóstico de média e alta complexidade (ressonância, tomografia, mamografia e ultrassonografia).			0,00	0,00
Revisar os planos estadual de cardiologia, neurologia, nefrologia, traumatologia, oncologia e portadores de deficiência.			0,00	0,00
Implantar o Plano Estadual de Oftalmologia, garantindo pelo menos uma unidade especializada em cada região.			0,00	0,00
Implementar a rede de assistência materno-infantil de médio e alto risco nas 8 regiões de saúde do RN.			0,00	0,00
Expandir a oferta de leito de terapia intensiva, ampliando o acesso aos pacientes críticos.			0,00	0,00
Adequar a estrutura física e tecnológica dos hospitais regionais para o atendimento das demandas.			0,00	0,00
Implantar um modelo alternativo de gestão da atenção à saúde, visando ofertar cuidados paliativos aos pacientes crônicos hospitalizados.			0,00	0,00
Implementar e expandir a rede de assistência a queimados, atender a II Região de Saúde.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar e qualificar a atenção domiciliar.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Institucionalizar o PID enquanto política de estado no RN.			0,00	0,00
Ampliar de 10 equipes para 16 e expandir para duas regiões o Programa de Internação Domiciliar – PID.			0,00	0,00
Realizar através do PID 16 cursos e 20 Oficinas de Tecnologia Assistiva para Cuidadores de Idosos e Portadores de Necessidades Especiais.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Qualificar e expandir a rede de serviços de saúde no atendimento às urgências.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar 11 Unidades de Pronto-Atendimento com funcionamento 24 horas.			0,00	0,00
Implantar/implementar em 30% da rede própria o atendimento de urgência com acolhimento e classificação de risco.		Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no Pronto Socorro (PS) no Hospital Giselda Trigueiro; Implantação no Hospital Tarcísio Maia; Discussões com vários serviços que realizam o acolhimento, porém sem a classificação de risco ser implantada por ausência de condições concretas (falta de RH, por exemplo) e de apoio da gestão na sua implantação.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliar a assistência pré-hospitalar móvel do SAMU 192.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Cobrir 100% da população do RN pelo SAMU 192.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecer o compromisso no desenvolvimento nos serviços de saúde, com inclusão da atividade de transplante correspondente ao Programa Assistencial dos Centros de Referências Credenciados.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Aumentar a captação de órgãos e tecidos, equiparando-se a média nacional que corresponde a meta de 48 captações multiorgânicas (16 doares PMH/ano).		A Central de Transplantes ultrapassou a meta programada para captação de múltiplos órgãos em 2011, ficando acima da média nacional com 16,4 doadores PMH/ano.	0,00	0,00
Implantar um programa de capacitação para os profissionais de saúde.		Foram realizadas diversas atividades educacionais direcionadas aos profissionais de saúde, dentre os quais podemos destacar o curso de má notícia que foi ministrado por palestrantes de renome internacional durante o ano de 2011.	0,00	0,00
Implementar as ações de notificação de órgãos e tecidos para fins de transplantes.		As notificações de Potenciais Doadores teve um aumento significativo, devido a implementação de visitas diárias aos hospitais, reuniões sistemáticas com as comissões intra-hospitalares de transplantes e parcerias firmadas com o SVO-Serviço de Verificação de Óbito e outras instituições afins.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Garantir o acesso a todos os procedimentos relacionados ao pré-transplante, transplante e pós-transplante.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Attingir o índice de 20 doadores PMH/ano (60 doadores multiorgânicos efetivos/ano).			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliar e qualificar a assistência farmacêutica, promovendo o uso racional de medicamentos.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Atender a 100% dos usuários cadastrados no Programa de Medicamentos Especializados.		Não realizado pois o SISMEDEX - SISTEMA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO - não possibilitou gerar um relatório onde tivéssemos a informação da quantidade de pacientes cadastrados ativos vs pacientes efetivamente atendidos no ano.	0,00	0,00
Implantar a rede de fármaco-vigilância em 50% hospitais sob gerência estadual.		NÃO REALIZADO	0,00	0,00
Implementar as farmácias populares no município do Estado.		Não Realizado. Todas as unidades de Farmácia Popular presentes no estado foram implantadas anterior ao ano de 2011.	0,00	0,00
Realizar 8 oficinas sobre a política de medicamentos e a gestão da assistência farmacêutica.		Não Realizado.	0,00	0,00
Incentivar os municípios no cadastro do Sistema nacional de Gestão da Assistência farmacêutica – HORUS.		Atualmente 65% dos municípios do RN estão cadastrados no HORUS.	0,00	0,00
Realizar um curso de boas práticas de prescrição e dispensação de medicamentos, visando a capacitação de prescritores e dispensadores da rede de serviço pertencente a SESAP/RN.		Não Realizado.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar e publicar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica para o RN.			0,00	0,00

Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Atender 100% dos municípios com o cofinanciamento dos medicamentos da farmácia básica.			0,00	0,00
Estruturar a Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica.			0,00	0,00
Estimular 100% municípios na implantação da política de medicamentos fitoterápicos na rede de assistência local.			0,00	0,00
Realizar campanhas educativas nos municípios para promoção do uso racional de medicamentos.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar a modalidade de aquisição.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Atualizar anualmente a relação estadual de medicamentos (RENAME).			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Conformar um modelo de rede em vigilância em saúde, regionalizada e integrada para o RN, garantindo a prevenção, controle, redução e eliminação dos riscos.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Descentralizar as ações de vigilância sanitária, de forma gradativa, para os municípios com estrutura para o funcionamento da VISA.		Realizado (95,2%). Encontram-se 159 municípios descentralizados de acordo com pareceres da CIB. Esta meta permanece para 2012.	0,00	0,00
Apoiar 100% dos municípios do RN no desenvolvimento das ações de vigilância da saúde, de forma resolutive nas ações pactuadas.			0,00	0,00
Ampliar em 91% a cobertura do SIM e em 93% do SINASC, através da busca ativa direcionada de nascimentos e óbitos nas diversas fontes.		Não alcançado – SIM = 85,7% SINASC = 79,8% Fonte: SIM-SINASC/SUVIGE/CPS/SESAP em 23.07.2012	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliar e aprimorar as ações de vigilância de risco e agravos em saúde, em articulação com os componentes municipal e federal do SUS.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Aumentar o percentual de casos de doenças e agravos à saúde de notificação compulsória, encerrados oportunamente após notificação em todo o Estado.		Não realizado – (alcançando 73,5% - 2011)	0,00	0,00
Controlar surtos, epidemias e eventos inusitados de importância epidemiológica.			0,00	0,00
Implementar as ações de controle do vetor de transmissão da Doença de Chagas pelo Triatoma infestans no Estado.		Realizadas ações em 100% dos municípios prioritários	0,00	0,00
Implantar a vigilância entomológica em 100% dos municípios não infestados pelo Aedes aegypti.		Diferia: Não houve registro de casos. Coqueluche: 76,53% (98 casos – 75 investigados) Sugiro redução da investigação para 80%, seguindo meta do SINAN.	0,00	0,00
Reduzir em menos de 1% a infestação predial pelo Aedes aegypti em 80% dos municípios prioritários em relação 2009.		Até o final de 2010, 4 dos 20 (20%) municípios prioritários estavam com o IIP de baixo risco, em 2011 o percentual foi de 30%, havendo um aumento em relação ao ano anterior.	0,00	0,00
Reduzir em 40% a letalidade de Febre Hemorrágica da Dengue em relação a 2009.		Meta não foi atingida com registro de aumento ao longo do período, considerando que a letalidade apresenta flutuações para maior ou menor valor na medida em que os casos graves e óbitos forem sendo encerrados.	0,00	0,00

Garantir 100% das sorologias solicitadas para diagnóstico laboratorial específico.		Não compete a vigilância epidemiológica.	0,00	0,00
Atualizar anualmente o Plano de Contingência Estadual de Dengue.		"Elaborar" o plano de contingência estadual de dengue, pois o mesmo ainda não foi elaborado considerando que ainda não há uma proposta concreta e efetiva por parte da regulação.	0,00	0,00
Implantar na rede de promoção da saúde o componente de controle e prevenção ao tabagismo monitorado em 100% dos municípios.			0,00	0,00
Apoiar 100% dos municípios na elaboração de projetos de prevenção da violência.		15 municípios com projetos elaborados e aprovados pelo MS na área de prevenção às violências doméstica, sexual e no trânsito: Apodi, Augusto Severo, Caicó, Goianinha, Grossos, Guimarães, Jucurutu, Lajes, Parnamirim, Patu, Pau dos Ferros, São Gonçalo do Amarante, São José de Mipibu, São Paulo do Potengi e Várzea.	0,00	0,00
Assegurar a meta de 95% de cobertura das vacinas de rotina em < de 1 ano em 70% dos municípios do Estado. (3)		Realizado	0,00	0,00
Attingir a meta de 80% de cobertura vacinal nas campanhas do idoso e 95% nas campanhas de vacinação da poliometilite.		Realizado: Campanha de influenza idoso: 87,38 Campanha pólio 1ª etapa: 96,76% Campanha pólio 2ªetapa: 101,26%	0,00	0,00
Implantar vacina pneumocócica no calendário básico da criança a partir de 2010.		Realizado.	0,00	0,00
Intensificar as ações de vigilância no sentido de aumentar a cobertura vacinal de Hepatite B na faixa etária de 1 a 19 anos em 100% dos municípios.		Não Realizado. Ainda tem que ser discutido com a coordenação. A faixa etária foi ampliada até 29 anos para 2012.	0,00	0,00
Realizar uma campanha anual contra Influenza A H1N1 nos grupos prioritários.			0,00	0,00
Estimular os municípios a ampliar em 60% a oferta de baciloscopia e cultura para Tuberculose na rede laboratorial.		Parcialmente realizado, através do LACEN, com a capacitação de 28 profissionais de nível médio e 26 de nível superior atuantes na rede laboratorial sobre a prática da baciloscopia, além de 02 reuniões de sensibilização com bioquímicos quanto à importância da baciloscopia e da cultura para o diagnóstico e controle laboratorial da Tuberculose. Não foram adquiridos pelo Estado os equipamentos solicitados (20 microscópios) para a ampliação da oferta da baciloscopia nos laboratórios com implantação programada. Segundo informações de alguns Secretários Municipais de Saúde e responsáveis técnicos pelos Programas Municipais de Controle da Tuberculose, a SUVISA recomendou a suspensão da oferta de baciloscopia, por falta de cabine de proteção individual, equipamento este recomendado para a prática de cultura, considerando a necessidade do manejo com a bactéria viva, procedimento executado exclusivamente pelo LACEN.	0,00	0,00
Detectar 90% dos casos de Tuberculose estimados.		Realizada, com a detecção de 94% dos casos estimados.	0,00	0,00
Capacitar profissionais no novo esquema terapêutico (DFC) e estratégia (DOTS) em 100% dos municípios.		Realizada, com a capacitação de 1200 profissionais da rede básica de saúde em 100% dos municípios do RN.	0,00	0,00
Monitorar o cumprimento das metas pactuadas para Tuberculose em 100% dos municípios.		Realizado, através de análise e monitoramento dos instrumentos de registro, reorganização do fluxo de informações e estabelecimento da retroalimentação, além da sistematização de supervisões diretas.	0,00	0,00
Reduzir a prevalência de Hanseníase em 20%, alcançando em 2011 menos de 1 caso/10.000 hab.		Prevalência não alcançada (uma vez que o coeficiente encontra-se com 1,21 para cada 10.000 hab. o que é considerado um parâmetro médio).	0,00	0,00
Implementar em 100% dos municípios do RN ações de diagnóstico e tratamento em Hanseníase.		Realizado (feito através do curso de Prevenção de Incapacidades e do Curso de Clínica em Hanseníase)	0,00	0,00
Capacitar profissionais da rede básica de saúde nas ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento da Hanseníase dos municípios prioritários.		Realizado (01 curso de Prevenção de Incapacidades para 15 profissionais enfermeiros e fisioterapeutas e 01 Curso de Clínica em Hanseníase para 30 profissionais médicos, enfermeiros e fisioterapeutas)	0,00	0,00
Realizar uma campanha anual no Estado para divulgação de sinais e sintomas da hanseníase.		Realizada (no nível central em parceria com FARN e a nível municipal com apoio do Estado).	0,00	0,00
Apoiar os municípios prioritários no controle da Hanseníase para redução da subnotificação dos casos que ainda estão em aberto.		Realizado (envio dos casos em aberto para cada regional de saúde solicitando o fechamento dos mesmos).	0,00	0,00
Capacitar médicos do PSF em manejo clínico, nos casos suspeitos e pacientes com Leishmaniose nas regiões que ocorreram casos nos últimos anos.		Não alcançada	0,00	0,00
Capacitar médicos do PSF em manejo clínico, nos casos suspeitos e pacientes com esquistossomose em municípios		Realizado (1) uma capacitação na III URSAP (Touros, Maxaranguape e Rio do Fogo)	0,00	0,00

endêmicos.					
Monitorar as metas pactuadas para a detecção, tratamento e controle da Doença de Chagas nos municípios endêmicos.		Realizado		0,00	0,00
Examinar 12.155 alunos e tratar 100% dos casos positivos em Tracoma e realizar, quando necessário, tratamento coletivo em situações epidemiológicas detectadas.		Em 2010 foram examinados 23.146 alunos, em 31 municípios trabalhados; Diagnosticados e tratados 539 casos positivos de Tracoma com prevalência de 2,32%.		0,00	0,00
Examinar 16.206 escolares e realizar tratamento, controle dos casos e comunicantes, associados aos casos de Tracoma diagnosticados na escola.		No 2011 foram realizados 29.025 exames oculares externos nos escolares de 37 municípios, que desenvolveram atividades de controle do Tracoma. Detectados e tratados 398 casos com prevalência de 1,32%.		0,00	0,00
Desenvolver junto aos municípios ações educativas continuadas para controle do Tracoma.		As ações educativas foram desenvolvidas em todos os municípios trabalhados com palestras nas escolas sobre a doença dando ênfase a prevenção e distribuição de material educativo.		0,00	0,00
Monitorar 20% dos municípios com área de vigilância de Peste.		Realizado		0,00	0,00
Monitorar a circulação de vírus da Raiva na população de morcegos em 10% das amostras enviadas para o LACEN.				0,00	0,00
Ampliar a produção, análise e divulgação da informação epidemiológica nos municípios do RN.				0,00	0,00
Reduzir anualmente em 10% a taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos.				0,00	0,00
Reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV.				0,00	0,00
Reduzir anualmente em 15% a incidência de sífilis congênita no Estado.				0,00	0,00
Realizar parceria com a SEJUC para execução de ações relacionadas ao HIV/Aids contempladas no Plano Estadual de Saúde nos Presídios.		O Plano Estadual de Saúde dos Presídios não aconteceu. O Programa DST/Aids e HV chegou a realizar uma ação de vacinação e testagem, porém, devido a falta de segurança dentro dos presídios (houve várias rebeliões e tiroteios, inclusive quando a equipe estava em ação dentro do presídio) está não foi continuada.		0,00	0,00
Ampliar os serviços de atenção especializada em DST/Aids no Estado.		Realizado. Ampliado de 4 SAE (HGT, HRF, Macaíba e São José de Mipibu) para 9 SAE (acrescido de Santa Cruz, Pau dos Ferros, Pamamirim e São Gonçalo do Amarante).		0,00	0,00
Incluir cirurgia corretiva de lipodistrofia na rede de serviços de atenção a pessoas que vivem com HIV/Aids.		Não realizado. Mantido para 2012.		0,00	0,00
Ampliar junto aos municípios a cobertura vacinal da hepatite B na faixa etária de 11 a 19 anos e dos grupos vulneráveis.		Realizado. Na faixa de 11 a 14 foi ampliada em 5,3% (2010 era 77,8% e em 2011 81,9%). Na faixa de 15 a 19 anos foi ampliada em 2,9% (2010 – 38,2% e 2011 – 39,3%). Dados do PNI (http://pni.datasus.gov.br/)		0,00	0,00
Ampliar nos municípios o Programa Municipal de Hepatites Virais.		Não realizado.		0,00	0,00
Estrutura nas SMS a rede de assistência as Hepatites Virais.		Não realizado.		0,00	0,00
Manter a taxa de detecção mínima de paralisia flácida aguda em menores de 15 anos (1 caso/100.000 hab).		RESULTADO 2011: 100% META 2012 -2015: 80%		0,00	0,00
Investigar oportunamente (em até 48 horas) 80% dos casos suspeitos de doenças exantemáticas e realizar investigação sorológica.				0,00	0,00
Ampliar a produção, análise e divulgação da informação epidemiológica nos municípios do RN.				0,00	0,00
Ampliar a produção, análise e divulgação da informação epidemiológica nos municípios do RN.				0,00	0,00
Reduzir anualmente em 10% a taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos.		Realizado. Para 2011 foi acordado para o RN manter a taxa de incidência até que ela seja estabilizada, e então passar a diminuir. E será mantida dessa forma para 2012. Em 2010 – incidência de 1,2. Em 2011 – incidência de 1,0. Redução de 16,7%.		0,00	0,00
Reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV.		Não lembramos deste indicador. Mede-se a transmissão vertical do HIV através da incidência de Aids em menores de 5 anos.		0,00	0,00
Reduzir anualmente em 15% a incidência de sífilis congênita no Estado.		Realizado. Para 2011 foi acordado para o RN manter a taxa de incidência até que ela seja estabilizada, e então passar a diminuir. . E será mantida dessa forma para 2012. 2010 – 230 casos de sífilis congênita 2011 – 289 casos de sífilis congênita. Aumento de 26%.		0,00	0,00

Ampliar a produção, análise e divulgação da informação epidemiológica nos municípios do RN.			0,00	0,00
Estrutura nas SMS a rede de assistência as Hepatites Virais.			0,00	0,00
Manter a taxa de detecção mínima de paralisia flácida aguda em menores de 15 anos (1 caso/100.000 hab).			0,00	0,00
Investigar oportunamente (em até 48 horas) 80% dos casos suspeitos de doenças exantemáticas e realizar investigação sorológica.			0,00	0,00
Investigar 100% dos casos suspeitos de tétano acidental e neonatal notificados.	90,90% (11 casos – 10 investigados) OBS: Não houve registro de tétano neonata		0,00	0,00
Reduzir a morbimortalidade por tétano.	Sugiro retirada deste item e inserção de algo ligado a cobertura da vacina anti tetânica, pois só assim conseguiremos reduzir a morbimortalidade por tétano.		0,00	0,00
Realizar parceria com a SEJUC para execução de ações relacionadas ao HIV/Aids contempladas no Plano Estadual de Saúde nos Presídios.			0,00	0,00
Ampliar os serviços de atenção especializada em DST/Aids no Estado.			0,00	0,00
Incluir cirurgia corretiva de lipodistrofia na rede de serviços de atenção a pessoas que vivem com HIV/Aids.			0,00	0,00
Ampliar junto aos municípios a cobertura vacinal da hepatite B na faixa etária de 11 a 19 anos e dos grupos vulneráveis.			0,00	0,00
Ampliar nos municípios o Programa Municipal de Hepatites Virais.			0,00	0,00
Manter a incidência zero do tétano neonatal.	Zero Não houve registro de tétano neonatal		0,00	0,00
Investigar 100% dos casos suspeitos de difteria e coqueluche notificados no Estado.	Difteria: Não houve registro de casos. Coqueluche: 76,53% (98 casos – 75 investigados) Sugiro redução da investigação para 80%, seguindo meta do SINAN.		0,00	0,00
Realizar diagnóstico de meningites bacterianas em 56% dos casos notificados através de exames laboratoriais específicos.	RESULTADO 2011: 58,26 META 2012 - 2015		0,00	0,00
Manter em 100% a interrupção da circulação do vírus da poliomielite e do sarampo no RN.			0,00	0,00
Eliminar a rubéola e síndrome da rubéola congênita com base na meta nacional.			0,00	0,00
Coletar semanalmente 80% de amostras de secreção nasofaringe nas unidades sentinelas da vigilância da Influenza.	RESULTADO 2011: 14,0% META 2012-2015: 80,0%		0,00	0,00
Implantar/implementar em 100% dos municípios do RN e URSAP a vigilância de doenças de transmissão hídrica e alimentar.	Resultado 2011 – 84% META 2012 – 100%		0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecer da intersetorialidade da vigilância ambiental com órgãos que tratam das questões ambientais.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Atingir o percentual de 20% dos municípios do RN com dados de controle de qualidade da água implantados no sistema de vigilância da qualidade da água para consumo humano (VIGIAGUA).		Alcançado 15,57%	0,00	0,00
Aplicar em 10% dos municípios o instrumento de identificação de risco para vigilância em saúde ambiental relacionado a qualidade do ar.		Aplicado o instrumento em 100% dos municípios do estado.	0,00	0,00
Instituir Comitê Estadual de Saúde em Desastre.		Aplicado o instrumento em 100% dos municípios do estado	0,00	0,00
Cadastrar áreas com população expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado por contaminantes químicos, de acordo com os parâmetros definidos na Política de Saúde Ambiental.		Realizado cadastro de áreas nos municípios de Natal, Mossoró e Parnamirim.	0,00	0,00
Elaborar plano de contingência para secas e enchentes.		Não realizado	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Realizar inspeções e monitoramento nos serviços de saúde, na produção e consumo de alimentos, medicamentos, demais produtos e os de tecnologia de produtos para saúde.			0,00	0,00

Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Realizar inspeção em 100% de unidades ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade do Estado do RN.		Realizado 50%. Das 100 unidades hospitalares cadastradas, 50 foram inspecionadas. OBS.: As unidades ambulatoriais não são realizadas pela SUVISA. A nova redação para 2012 é a seguinte: Realizar inspeção sanitária em 100% dos serviços hospitalares que prestam atendimento ao parto e a crianças tais como: Hospital Geral com Unidades de internação pediátrica e obstétrica, Hospital infantil com e sem UTI Neonatal e Pediátrica, Hospital Maternidade com e sem UTI Materna, Casas de Parto e Hospital de Pequeno Porte.	0,00	0,00
Assessorar os municípios, quando solicitado, nas inspeções sanitárias.		Realizado quando solicitado. Esta meta permanece para 2012.	0,00	0,00
Realizar uma inspeção anual em 100% das unidades prisionais do Estado.		Realizado 100%. Esta meta permanece para 2012.	0,00	0,00
Acompanhar e assessorar inspeções sanitárias de alimentos nos municípios, quando solicitado.		Realizado quando solicitado. Esta meta permanece para 2012.	0,00	0,00
Inspeccionar 100% de estabelecimentos de manipulação de alimentos cadastrados na VISA.		Nº de estabelecimentos cadastrados: 163, Nº de estabelecimentos inspecionados em 2011: 178 Percentual: 109%. Esta meta permanece para 2012.	0,00	0,00
Acompanhar e assessorar inspeções sanitárias nas indústrias de sal e outras indústrias sujeitas a inspeções da VISA.		Realizado quando solicitado, atendendo 100%. Esta meta permanece para 2012.	0,00	0,00
Realizar inspeção em 100% das empresas produtoras de medicamentos e atacadistas do comércio farmacêutico do RN.		Realizado 100% Esta meta permanece para 2012.	0,00	0,00
Realizar inspeção em 100% nas empresas fabricantes de saneantes do Estado.		Realizado 100%. Esta meta permanece foi reduzida para 80% em 2012.	0,00	0,00
Realizar inspeção sanitária em 20% das empresas varejistas do comércio farmacêutico.		Realizado 50%. Esta meta aumentou para 40% em 2012.	0,00	0,00
Realizar inspeção sanitária em 85% das empresas desinsetadoras cadastradas na VISA.		Realizou 85%. Esta meta permanece para 2012.	0,00	0,00
Realizar inspeção sanitária em 100% das farmácias de manipulação de medicamentos e farmácias hospitalares.		Realizou 90%. Esta meta permanece para 2012.	0,00	0,00
Realizar inspeção sanitária em 100% das empresas de órteses e próteses cadastradas na VISA.		Realizou 100%. Esta meta permanece para 2012.	0,00	0,00
Realizar cursos de capacitação para profissionais nas áreas de VISA.		Realizado: 39 aulas ministradas em eventos, 7 capacitações e um curso de especialização realizados em VISA. Esta meta permanece para 2012.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantação e implementação de ações voltadas para a saúde do trabalhador .			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Realizar pesquisa sobre afastamentos do trabalho e suas relações com o tipo de trabalho realizado, tomando como base os registros da perícia do Estado.			0,00	0,00
Desenvolver campanha de notificação das doenças e acidentes de trabalho.			0,00	0,00
Elaborar estudo de mapeamento das atividades econômicas, seus riscos e potenciais agravos à saúde do trabalhador nos 167 municípios.			0,00	0,00
Implantar projeto piloto de erradicação do trabalho infantil na Casa de Farinha na I Regional de Saúde.			0,00	0,00
Apoiar em 100% o Programa de Vigilância de Saúde do Trabalhador, realizando o controle da colinesterase em agentes ambientais.		LACEN/CEREST Realizado em 30% da demanda do CEREST.	0,00	0,00
Implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecimento da capacidade diagnóstica e de notificação das unidades da Rede Sentinela de Saúde do Trabalhador.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado

Estruturar a Rede Sentinela, utilizando o Sistema de Informação de agravos e Notificação – SINAM.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar estratégias de comunicação e educação permanente em saúde do trabalhador.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Estruturar e capacitar os núcleos regionais de saúde do trabalhador – NURSAT.			0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Descentralizar o diagnóstico laboratorial de interesse para a vigilância à saúde .			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliação do acesso da população às análises laboratoriais de interesse da saúde pública.		LACEN Realizado na 2ª, 4ª e 6ª regiões de saúde.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Dotar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – LACEN das condições físicas e funcionais requeridas pela legislação pertinente.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ativar o laboratório de saúde pública da VI Regional (Pau dos Ferros).		SUVIGE/LACEN Realizado.	0,00	0,00
Implantar o Programa de Aditivos em Alimentos – PROMAC.		SUVISA/LACEN Realizado	0,00	0,00
Garantir exames de entomologia e análise de água para consumo humano.		SUVAM/LACEN Realizado.	0,00	0,00
Capacitar em 100% os profissionais nas áreas técnicas e administrativas nas normas de qualidade e critérios de biossegurança.		LACEN Realizado.	0,00	0,00
Realizar supervisão em 100% da rede de laboratórios relacionados a agravos de saúde pública e nas áreas de produtos e meio ambiente. (2)		LACEN/SUVISA Realizado.	0,00	0,00
Implantar em 100% dos serviços de hemodiálise o controle da água em relação às cianotoxinas. (2)		SUVAM/LACEN Não realizado.	0,00	0,00
Apoiar em 100% o Programa de Vigilância de Saúde de Trabalhador, realizando o controle da colinesterase em agentes ambientais. (2)		LACEN/CEREST Realizado em 30% da demanda do CEREST.	0,00	0,00
Implementar em 100% a análise da qualidade do leite. (2)		LACEN/SUAS Realizado.	0,00	0,00
Monitorar em 100% o controle da água tratada e da água mineral. (2)		LACEN/SUVAM Realizado.	0,00	0,00
Implantação de análise de cosméticos: microbiológica, físico-química e análise de rótulo. (2)		SUVISA/LACEN Realizado em 30%.	0,00	0,00
Realizar análise de rótulos em medicamentos e suplementos alimentícios. (2)		SUVISA/LACEN Realizado.	0,00	0,00
Realizar validação de métodos em Microbiologia de Produtos. (2)		LACEN/SUVISA Não realizado.	0,00	0,00
Implantação da metodologia de PCR (reação polimerizada em cadeia) em tempo real. (2)		LACEN Não Realizado.	0,00	0,00
Capacitar os técnicos das Centrais de Descontaminação e Esterilização dos laboratórios regionais, da rede hospitalar estadual. (2)		LACEN/SUVISA Não Realizado.	0,00	0,00
Estruturação e implantação do laboratório de Micologia. (2)		LACEN/SUVIGE/SUVAM Não Realizado.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz				

6. INDICADORES DA SAÚDE (Fonte: SISPACTO)

6.1. PACTO PELA VIDA: PRIORIDADES, OBJETIVOS E RESULTADO ALCANÇADOS

PRIORIDADE: I - ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO.**Objetivo: PROMOVER A FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS NA ÁREA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.**

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR	17,05	15,31	null

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: I - ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO.: Indicador - TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR Meta 2011: 17,05 Resultado 2011: 18,11 (meta corrigida) Justificativa: O resultado apresentado pelo Ministério da Saúde (15,31) se refere aos dados até a competência de Outubro /2011. A meta pactuada para 2011 pelo estado foi de 17,03, portanto, não atingimos a meta pactuada. O acréscimo observado no ano de 2011 nos remete a necessidade de intensificar as ações de apoio às gestões municipais, considerando que as ações de prevenção desse agravo são de responsabilidade municipal, principalmente no primeiro nível da Atenção à Saúde Atenção Básica, sobretudo as equipes da Estratégia Saúde da Família tendo em vista que a principal causa dessas fraturas são as quedas, e que as mesmas, em sua maioria ocorrem dentro de casa.

PRIORIDADE: II - CONTROLE DO CANCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA.**Objetivo: AMPLIAR A OFERTA DO EXAME PREVENTIVO DO CANCER DO COLO DO ÚTERO VISANDO ALCANÇAR UMA COBERTURA DE 80% DA POPULAÇÃO ALVO.**

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
RAZÃO ENTRE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO ALVO, EM DETERMINADO LOCAL E ANO.	0,30	0,13	null

Objetivo: TRATAR/SEGUIR AS LESÕES PRECURSORAS DO CANCER DO COLO DO ÚTERO NO NÍVEL AMBULATORIAL.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
PERCENTUAL DE SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO ÚTERO.	100,00	2,58	null

Objetivo: AMPLIAR A OFERTA DE MAMOGRAFIA VISANDO ALCANÇAR UMA COBERTURA DE 60% DA POPULAÇÃO ALVO.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
RAZÃO ENTRE MAMOGRAFIAS REALIZADAS NAS MULHERES DE 50 A 69 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA, EM DETERMINADO LOCAL E ANO.	0,12	0,08	null

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: II - CONTROLE DO CANCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA.: Indicador - RAZÃO ENTRE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO ALVO EM DETERMINADO LOCAL E ANO. Meta 2011: 0,30 Resultado 2011: 0,20 (meta corrigida) Justificativa: A razão pactuada pela SESAP para o ano de 2011 foi de 0,30 o que corresponde a 222.152 exames na faixa etária de 25 a 59 anos. O resultado alcançado pelo Estado foi 0,20 num total de 148.173 exames em 2011. A meta mínima estabelecida pelo INCA/MS é de examinar a razão de 0,33 das mulheres do RN, nessa faixa etária. -A SESAP dispõe de uma rede credenciada ao SUS já estruturada para o realizar o exame citopatológico (Papanicolaou), com 28 laboratórios de citoanatomopatológico. No entanto, o acesso da mulher aos serviços de coleta na rede básica de saúde não está acessível, com horários diferenciados, principalmente para a mulher trabalhadora, usuária do SUS. A falta de material descartável para coleta (espécúlos, lâminas, escovas) entre outros, tem sido um fator preponderante nos municípios com população maior que 50 mil habitantes. A redução no número de coleta do exame preventivo por esses municípios tem influenciado negativamente o indicador no Estado. Indicador - PERCENTUAL DE SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU (NIC II E NIC III) DO COLO DO ÚTERO. Meta 2011: 100,00 Resultado 2011: 2,58 (meta corrigida) Justificativa: A informação sobre o seguimento da mulher permite acompanhar a situação do acesso e a adequação da assistência secundária às mulheres com lesão de alto grau. Tão importante quanto notificar a realização do exame é informar corretamente o seguimento dos casos de LIAG, a fim de avaliar se as mulheres diagnosticadas com esse tipo de alteração estão ou não sendo adequadamente encaminhadas para confirmação diagnóstica e tratamento. A descentralização do seguimento da mulher para acompanhamento pelo município não funciona em razão da infraestrutura disponível nas SMSs número insuficiente de equipamentos e profissionais para coordenar e conduzir o programa. O Estado vem insistindo na capacitação das equipes de saúde e descentralização do Programa sem sucesso. Indicador - RAZÃO ENTRE MAMOGRAFIAS REALIZADAS NAS MULHERES DE 50 A 69 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA EM DETERMINADO LOCAL E ANO. Meta 2011: 0,12 Resultado 2011: 0,10 (meta corrigida) Justificativa: A razão pactuada pela SESAP para o ano de 2011 é de 0,12 o que corresponde a 28.576 mulheres. O resultado alcançado foi 0,10 o que corresponde a 22.750 mamografias realizadas. Quando comparamos os resultados de 2010 com os dados obtidos em 2011 observa-se que houve um crescimento de 22% ao número de exames realizados em 2010. A capacidade instalada para prestação serviços de oncologia em 2011 é a mesma cadastrada no CNES em 2010.

PRIORIDADE: III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.**Objetivo: REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL.**

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	24,34	Não Informado	null
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL.	17,28	Não Informado	null
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POS-NEONATAL.	7,06	Não Informado	null

Objetivo: REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
INCIDÊNCIA DE SIFILIS CONGENITA.	217,00	Não Informado	null
PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNOS INVESTIGADOS.	80,00	216,00	null

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.: Indicador - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL Meta 2011: 24,34 Resultado 2011: 13,4/1000 NV (meta corrigida) TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL Meta 2011: 17,28 Resultado 2011: 9,2/1000 NV (meta corrigida) TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL PÓS-NEONATAL Meta 2011: 7,06 Resultado 2011: 4,2/1000 NV (meta corrigida) Indicador - PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNOS INVESTIGADOS Meta 2011: 80,0 Resultado 2011: 85,52 (meta corrigida) AVALIAÇÃO REFERENTE AOS

INDICADORES DE MORTALIDADE INFANTIL E PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNOS INVESTIGADOS: Compete ao Setor SIM/SINASC Vigilância de Óbito resgatar as informações sobre óbitos e nascimentos com objetivo de melhorar a cobertura e qualidade das informações para subsidiar as gestões municipais, estaduais e federais. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde. Nesse sentido, o monitoramento das coberturas dos sistemas é uma prática constante do setor, com vistas ao alcance de coberturas de no mínimo 90,0%, tanto o sistema de informação sobre óbitos, como de nascidos, para que seja possível realizar os cálculos diretos desses indicadores, já que o MS adota o cálculo estimado. No período de 2000 a 2011, a cobertura do SIM no Rio Grande do Norte, elevou-se de 62,8% para 83,5%, representando um aumento na captação dos óbitos no sistema de 33%; fato inédito, pois pela primeira vez a cobertura do SIM ultrapassa a cobertura do SINASC. Quanto ao SINASC, observa-se uma queda a partir de 2010, e os dados preliminares de 2011 indicam uma cobertura de 78,04%. A informação sobre a redução da mortalidade infantil e materna complementa-se com as informações sobre as ações desenvolvidas pelas áreas de atenção a saúde voltadas para a gestação, parto e puerpério e a criança. Quanto à investigação de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos, o Rio Grande do Norte repactuou a meta anterior de 70,0% para 80,0%, devido ao avanço conquistado nos últimos anos e em 2011 a meta já foi ultrapassada, atingindo 85,52%. Especificamente em relação às mortes maternas 93,5% dos óbitos foram investigados. Indicador **INDICÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA Meta 2011: 217 Resultado 2011: 288 (meta corrigida)** Descrição do indicador: Sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema Pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Justificativa: O indicador número de caso de Sífilis Congênita expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a Sífilis pode ser diagnosticada e tratada em várias oportunidades. Porém a captação das gestantes com sífilis não está sendo realizada no pré-natal. Segundo dados do SINAN NET, somente 75% das mães das crianças com sífilis congênita realizaram o pré-natal e destes 75%, apenas 50% tiveram o diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, as demais foram captadas na hora do parto. Assim, quando a sífilis na gestante é captada na hora do parto, não há condições de impedir que a transmissão vertical para a criança ocorra, havendo apenas a minimização das conseqüências desta transmissão, havendo, portanto, o aumento do número de casos no Estado.

PRIORIDADE: IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ENFASE NA DENGUE, HANSEIASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE,

Objetivo: REDUZIR A LETALIDADE DOS CASOS GRAVES DE DENGUE.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
TAXA DE LETALIDADE DAS FORMAS GRAVES DE DENGUE (FEBRE HEMORRAGICA DA DENGUE - FHD /SINDROME DO CHOQUE DA DENGUE - SCD /DENGUE COM COMPLICACOES - DCC)	2,00	3,26	null

Objetivo: AUMENTAR O PERCENTUAL DE CURA NOS COORTES DE CASOS NOVOS DE HANSEIASE A CADA ANO PARA ATINGIR 90% DE CURA EM 2011

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
PROPORCAO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSEIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	85,00	76,86	null

Objetivo: AMPLIAR A CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA DIAGNOSTICADOS A CADA ANO.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
PROPORCAO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	85,00	12,07	null

Objetivo: AUMENTAR A PROPORCAO DE COLETA DE AMOSTRAS CLINICAS PARA O DIAGNOSTICO DO VIRUS INFLUENZA DE ACORDO COM O PRECONIZADO.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
PROPORCAO DE AMOSTRAS CLINICAS COLETADAS DO VIRUS INFLUENZA EM RELACAO AO PRECONIZADO	80,00	25,77	null

Objetivo: FORTALECER A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DA DOENÇA PARA AMPLIAR A DETECCAO DE CASOS DE HEPATITE B, E A QUALIDADE DO ENCERRAMENTO DOS CASOS POR CRITERIO LABORATORIAL.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
PROPORCAO DE CASOS DE HEPATITE B CONFIRMADOS POR SOROLOGIA.	85,00	84,09	null

Objetivo: REDUZIR A TRANSMISSAO VERTICAL DO HIV.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	2,40	Não Informado	null

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ENFASE NA DENGUE, HANSEIASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS: Indicador **TAXA DA LETALIDADE DAS FORMAS GRAVES DE DENGUE** Meta 2011: 2,00 Resultado 2011: 4,69 (meta corrigida) Justificativa: A Letalidade por Dengue ou Taxa de Letalidade relaciona o número de óbitos por dengue e o número de pessoas que foram acometidas por tal doença. Esta relação nos dá idéia da gravidade do agravo, pois indica o percentual de pessoas que morreram pela doença e pode informar sobre a qualidade da assistência médica oferecida à população. A Figura 3 descreve uma série histórica da letalidade no Estado do Rio Grande do Norte no período de 2002 a 2011. A letalidade no Estado apresenta flutuações ao longo desses anos com registro do menor e maior valor nos anos de 2008 e 2005 (taxa de letalidade 4,30 e 25,00) respectivamente. A letalidade por dengue no ano de 2011 é de 4,69 % quando a Organização Mundial da Saúde considera aceitável uma taxa de até 2%. Entretanto, essa taxa está sujeita as alterações para maior ou menor valor na medida em que os casos graves e óbitos forem sendo encerrados, é importante destacar que para efeito de comparação com os anos anteriores manteve-se o cálculo da letalidade nesta figura sem incluir os casos e ou óbitos de dengue com complicação. A redução das formas graves e da letalidade por dengue está, em grande medida, associada à organização da rede de serviços de saúde. A preparação do sistema de saúde para enfrentar uma epidemia de dengue precisa ser planejada num documento tático operacional conhecido como Plano de Contingência, que nada mais é do que o protocolo para o período epidêmico. Isto permitirá a gestão dos momentos de crise, epidemias, em tempo oportuno e sem grandes prejuízos para coletividade. Ver Figura 3 Taxa de Letalidade por FHD. RN, 2002 a 2011 no anexo 1. É importante destacar, ainda, em relação à letalidade que as flutuações dependem da confirmação do caso e do óbito, já as condições de encerramento dependem da qualidade das informações registradas no prontuário dos pacientes, da solicitação oportuna de exames laboratoriais e sorológicos para confirmação do agravo e recebimento dos exames laboratoriais de isolamento viral. Indicador **PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSEIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DA COORTE** Meta 2011: 85,00 Resultado 2011: 81,3 (meta corrigida) Justificativa: O não alcance da meta foi devido a ausência de profissionais comprometidos nos municípios e regiões de saúde; Falta de computadores nos municípios e profissionais que se responsabilizem pelo banco de dados; Dificuldade em conseguir transporte para supervisores. Apesar de a hanseníase ser uma doença curável, seu controle tem se demonstrado extremamente difícil, assim muitos desafios enfrentamos para conseguir melhorar e alcançarmos nossa meta. Indicador **PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA** Meta 2011: 85,00 Resultado 2011: 75,18 (meta corrigida) Justificativa: A coorte de casos novos bacilíferos de tuberculose a ser curada em 2011 iniciaram seus tratamentos no ano de 2010, considerando a cronicidade do agravo e o

tempo de tratamento que pode ser de até 12 meses. Na coorte de 2010 o percentual de cura foi de 75,18%. (FONTE: SINAN-NET/TB) Indicador PROPORÇÃO DE AMOSTRAS CLÍNICAS COLETADAS DO VÍRUS INFLUENZA EM RELAÇÃO AO PRECONIZADO Meta 2011: 80,00 Resultado 2011: 14,00 (meta corrigida) Justificativa: O resultado de 2011 se deve às dificuldades operacionais das Unidades Sentinelas da Influenza relacionadas à deficiência de recursos humanos capacitados para realizar a coleta de secreção; falta de sala específica para realização dos exames e falta de envolvimento dos profissionais com as atividades de vigilância da influenza. Indicador PROPORÇÃO DE CASOS DE HEPATITE B CONFIRMADOS POR SOROLOGIA Meta 2011: 85,00 Resultado 2011: 96,5 (meta corrigida) Descrição do indicador: Os casos de hepatite B devem ser confirmados por meio de exames sorológicos específicos para detecção do HBsAg e/ou Anti-HBcIgM. Contudo, ocorrem casos no Sinan que são confirmados ainda que sem a realização desses exames o que representa inconsistência e compromete qualidade da informação. Justificativa: Ao longo do ano o indicador é monitorado para que as fichas referentes à Hepatite B sejam encerradas adequadamente e oportunamente. Indicador TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE Meta 2011: 2,40 Resultado 2011: 1,27 (meta corrigida) Descrição do indicador: Estima o risco de ocorrência de casos novos confirmados de Aids na população de menores de 5 anos de idade. É utilizado como proxy da taxa de incidência de casos de Aids por transmissão vertical. Justificativa: Com o Projeto Nascer Implantados e atuando em 36 maternidades no Rio Grande do Norte, o teste rápido diagnóstico é realizado na parturiente e, caso seja positivo para HIV, serão realizados na gestante e no bebê os procedimentos para impedir que haja a transmissão vertical do HIV para o bebê, contribuindo para o seu controle no Estado.

PRIORIDADE: V - PROMOÇÃO DA SAÚDE

Objetivo: REDUZIR OS NÍVEIS DE SEDENTARISMO NA POPULAÇÃO.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
PREVALÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA SUFICIENTE NO TEMPO LIVRE EM ADULTOS.	25,70	Não Informado	null

Objetivo: REDUZIR A PREVALÊNCIA DO TABAGISMO NO PAÍS.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
PREVALÊNCIA DE TABAGISMO EM ADULTOS.	13,10	Não Informado	null

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: V - PROMOÇÃO DA SAÚDE: Indicador PREVALÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA SUFICIENTE NO TEMPO LIVRE EM ADULTOS Meta 2011: 25,70 Resultado 2011: 31,8 (meta corrigida) Justificativa: A frequência de adultos que praticam atividade física suficiente, no tempo livre em 2011 foi de 31,8% sendo 39,9% no sexo masculino e 25,2% no sexo feminino. Indicador PREVALÊNCIA DE TABAGISMO EM ADULTOS Meta 2011: 13,10 Resultado 2011: 11,4 (meta corrigida) Justificativa: A frequência de adultos que fumam reduziu de 13,10% para 11,4% em 2011, sendo 17,8% no sexo masculino e 6,2% no sexo feminino.

PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Objetivo: AMPLIAR A COBERTURA POPULACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.	80,00	64,14	null

Objetivo: AMPLIAR O ACESSO A CONSULTA PRE-NATAL.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL	60,00	Não Informado	null

Objetivo: REDUZIR A INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DIABETES MELLITUS NO ÂMBITO DO SUS.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
TAXA DE INTERNAÇÕES POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICAÇÕES.	4,95	3,89	null

Objetivo: REDUZIR A INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) NO ÂMBITO DO SUS.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
TAXA DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	3,80	4,13	null

Objetivo: REDUZIR E MONITORAR A PREVALÊNCIA DE BAIXO PESO EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	4,00	61,81	null
PERCENTUAL DE FAMÍLIAS COM PERFIL SAÚDE BENEFICIARIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA	80,00	4,21	null

Objetivo: AMPLIAR O NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL (ESB) DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	100,00	94,53	null

Objetivo: AUMENTAR A PREVENÇÃO DAS PRINCIPAIS DOENÇAS BUCAIS: A CARIE DENTÁRIA E A DOENÇA PERIODONTAL.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	3,00	0,89	null

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA: Indicador PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA Meta 2011: 80,00 Resultado 2011: 66,06 (meta corrigida) Justificativa: O indicador apresentado foi calculado com dados de julho de 2011. Considerando a competência dezembro de 2011 do SIAB, o indicador passa para 66,06%. Esse resultado foi abaixo do apresentado no ano 2010 (Figura 1) e abaixo da meta pactuada para 2011 por fatores de consistência do banco de dados de 2010 e da baixa cobertura da ESF no município de Natal. Foi corrigida a distorção da população cadastrada no SIAB de diversos municípios, que os levava a ter até 327,72% de população cadastrada no período de 2010, devido à duplicação de registros. Porém, em 2011, alguns problemas de consistência dos dados persistiram, já que três municípios (Itajá, Mossoró e Governador Dix-Sept Rosado) constam como não enviada a base de dados do SIAB no período. Isso ocorreu principalmente devido aos municípios utilizarem uma versão antiga do SIAB Municipal e do transmissor, o que ocasionava a falha na comunicação com o sistema do DATASUS. Sendo Mossoró um desses municípios, o indicador do estado apresentava um subvalor, o que pode ser percebido pela queda acentuada apresentada na 2ª Região de Saúde no ano de 2011 (Figura 2). Removendo-se essa subnotificação, o indicador do estado sobe para 72,44%. O município de Natal, dada a sua grande população, possui um peso expressivo no indicador do estado e, desde 2008, encontra-se em um processo constante de

queda na proporção de população cadastrada (em 2008 apresentava 46,14% de população cadastrada e em 2011 com 26,64% - Figura 4). Excluindo-se o município de Natal, o indicador do estado passa para 90% de proporção de população cadastrada. Ver Figura 1 - Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família no período de 2002 a 2011, no Rio Grande do Norte, Natal, agosto de 2012, no anexo 1. Ver Figura 2 - Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família no período de 2002 a 2010*, por Unidade Regional de Saúde e municípios do Estado do Rio Grande do Norte, Natal, agosto de 2012, no anexo 1. Ver Figura 4 - Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família no período de 2002 a 2011, no Rio Grande do Norte, Natal, agosto de 2012, no anexo 1. Indicador - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL Meta 2011: 60,00 Resultado 2011: 52,9(meta corrigida) Justificativa: A dificuldade em atingir a meta estabelecida no acesso ao pré-natal encontra-se na rotatividade de profissionais de saúde, PR incipalmente médico, devido a precarização do vínculo profissional; deficiência na captação precoce e busca ativa das gestantes das áreas adscritas, falta de conscientização das gestantes sobre a importância do pré-natal e não preenchimento adequado do cartão da gestante pelo profissional que faz o acompanhamento. Todas as ações descritas reforçam a necessidade de melhoria no funcionamento da Rede de Atenção Materno Infantil. Indicador - TAXA DE INTERNAÇÕES POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICAÇÕES Meta 2011: 4,95 Resultado 2011: 7,62 (meta corrigida) Justificativa: A taxa de internação por diabetes (na população de 30 a 59 anos) no ano de 2011 foi de 7,62/10.000 internações. Este aumento pode ter sido influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente e pela mesma causa. A maioria das internações não tem como causa principal o diabetes e sim as suas complicações. Indicador - TAXA DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) Meta 2011: 3,80 Resultado 2011: 4,62(meta corrigida) Justificativa:Houve um aumento no número de internações por AVC no ano de 2011. Isso se deve a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o atendimento não qualificado pela estratégia de saúde da família. A taxa de internação por AVC foi de 4,62/10.000 internações.O acesso dos portadores ao atendimento médico nas unidades de saúde é insuficiente. Indicador - PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE Meta 2011: 4,00 Resultado 2011: 4,3%(Meta corrigida) Justificativa: Este indicador expressa a relação entre a massa corporal da criança e a idade cronológica. A Meta Brasil para o ano de 2011 foi de 4,0%. O Estado do Rio Grande do Norte atingiu um percentual acima da meta estabelecida (4,3%), o que é preocupante, pois indica comprometimento nutricional do crescimento das crianças menores de cinco anos. Entretanto, é importante ressaltar que este percentual pode não refletir o perfil nutricional das crianças do Estado nesta faixa etária, uma vez que se evidencia um elevado sub-registro de informações em decorrência da não inserção sistemática de dados no Sistema Informatizado SISVAN WEB. No ano de 2011, foram acompanhadas pelo SISVAN WEB 63.340 crianças menores de cinco anos, representando uma cobertura de 26,8%, tendo como base uma população total de menores de cinco anos no Rio Grande do Norte de 236.318 crianças (IBGE, 2010). Do número total de crianças acompanhadas pelo SISVAN, 2.645 (4,3%) apresentaram estado nutricional abaixo do percentil 3,indicando baixo peso para a idade. Fonte de dados: MS/SISVAN/DATASUS, em 09/08/12. Portanto, o indicador aponta para a necessidade de um incremento nas ações que fortaleçam a Vigilância Alimentar e Nutricional, considerando que a alimentação é determinante e condicionante do processo saúde-doença e que a valorização do estado nutricional e do consumo alimentar é fundamental para o aperfeiçoamento das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos e doenças relacionadas à alimentação e nutrição. A SESAP/RN, através da Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição vem realizando em todas as Regiões de Saúde, Capacitações sobre o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), na perspectiva de ampliar a cobertura de acompanhamento e contribuir com a atitude de vigilância (INFORMAÇÃO para a AÇÃO). Indicador - PERCENTUAL DE FAMILIAS COM PERFIL SAÚDE BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA Meta 2011: 80,00 Resultado 2011: 79,08%(Meta corrigida) Justificativa: A meta nacional foi atingida, contudo a meta estadual ficou abaixo do índice pactuado com os municípios, as principais dificuldades enfrentadas nos municípios são, por exemplo, a grande rotatividade dos profissionais, baixo índice de cobertura do PACS e da ESF, falta de profissional digitador para a alimentação do sistema, bem como de profissionais da atenção básica. Indicador - COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA Meta 2011: 100,00 Resultado 2011: 94,53 Justificativa: Percentual da população estimada coberta pelas ações das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família em determinado local e período. Baseia-se no Histórico de Cobertura da Saúde da Família/DAB/SAS/MS. Este indicador entrou no pacto no ano de 2011 e a meta foi de 40% . Resultado de 2011 para o RN 94,53 % bem superior a meta nacional. Este indicador visa ampliar o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF), razão pela qual o estado decidiu manter a meta de 94%. Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas: Convencimento do gestor municipal sobre as vantagens da conversão do modelo tradicional de serviços odontológicos pela atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, nos municípios com ausência ou baixa cobertura da saúde bucal. Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelos municípios na base de dados nacional, com vistas ao assessoramento à gestão e acompanhamento de informações. Indicador - MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA Meta 2011: 3,00 Resultado 2011: 0,89 Justificativa: A média anual da ação coletiva escovação supervisionada entrou como indicador principal pelo Ministério da Saúde em 2006. Este indicador reflete em percentual o número de pessoas que participaram da ação coletiva dental supervisionada. Expressa a média de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com dentífrico fluoretadosob orientação/supervisão de um profissional de saúde com o intuito de prevenir as doenças bucais, com ênfase à prevenção da cárie dentária e doença periodontal. Possibilita a análise comparativa dos dados epidemiológicos, observando relações entre as variações temporais deste indicador e os de cárie dentária e doença periodontal, subsidiando o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal. Resultado 2011 0,89% bem abaixo da meta pactuada, Podemos avaliar que os fatores que levaram a estes resultados, são possíveis falhas no sistema de informações por ausência de dados nas fichas de procedimentos e consequentemente no sistema de informações destas ações que foram realizadas. Em 2011 não houve a distribuição de Kits de escovação e creme dental fluoretado pelo Ministério da Saúde para todo o Brasil.

PRIORIDADE: VII - SAUDE DO TRABALHADOR

Objetivo: AUMENTAR A IDENTIFICACAO E A NOTIFICACAO DOS AGRAVOS A SAUDE DO TRABALHADOR A PARTIR DA REDE DE SERVICOS SENTINELA EM SAUDE DO TRABALHADOR, BUSCANDO ATINGIR TODA A REDE DE SERVICOS DO SUS.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
NUMERO DE NOTIFICACOES DOS AGRAVOS A SAUDE DO TRABALHADOR CONSTANTES DA PORTARIA GM/MS Nº.777/04.	1.200,00	1.179,00	null

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: VII - SAUDE DO TRABALHADOR: IndicadorNUMERO DE NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS À SAUDE DO TRABALHADOR CONSTANTES DA PORTARIA GM/MS Nº 777/04 Meta 2011: 1.200 Resultado 2011: 1.522 (Meta corrigida) Justificativa: Apesar das dificuldades encontradas, uma vez que a notificação é realizada por uma Rede Sentinela formada por unidades já instaladas no SUS e, considerando a fragilidade dessa rede em realizar o diagnóstico, realizar a investigação, fazer o nexo do agravo com o trabalho, confirmar e notificar o caso no SINAN, a SESAP, através da CPS/CEREST, conseguiu ultrapassar essa meta. Para isso foram realizadas capacitações em protocolos de complexidade diferenciada dos Agravos Realizados ao Trabalho para Médicos, Enfermeiros e demais componentes das equipes de 42 municípios. Também capacitamos os profissionais das Unidades Sentinela e aumentamos o total dessas unidades de 23 para 56 em 2011. Portanto, o total correto de notificações dos Agravos de Saúde do Trabalhador foi de 1.522 registros em 2011. Dados que se encontram no arquivo do indicador do PACTO/COAP atual, já enviado para essa coordenadoria. No entanto, os dados repassados não condiz com a realidade, o que sugerimos que sejam feitas as correções pertinentes.

PRIORIDADE: VIII - SAUDE MENTAL.**Objetivo: AMPLIAR O ACESSO AO TRATAMENTO AMBULATORIAL EM SAUDE MENTAL.**

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
TAXA DE COBERTURA DE CENTROS DE ATENCAO PSICOSSOCIAL (CAPS) /100.000 HABITANTES.	1,00	0,88	null

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: VIII - SAUDE MENTAL.: Indicador TAXA DE COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)/100.000 HABITANTES Meta 2011: 1,00 Resultado 2011: 0,95 (Meta corrigida) Justificativa: Em relação aos indicadores, a meta Brasil proposta pelo estado do Rio Grande do Norte para 2011 era de 1,00, o estado alcançou 0,95 o que colocou o RN em uma situação de cobertura muito boa (conforme parâmetro abaixo). Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100.000 habitantes: Cobertura muito boa (acima de 0,70) Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69) Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49) Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34) Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20) A meta de 1,00 foi proposta a partir de uma previsão sobre os Centros de Atenção Psicossocial do RN que deveriam ser habilitados pelo Ministério da Saúde. Ainda temos 06 serviços que receberam incentivo para implantação e ainda não estão cadastrados. Para o Rio Grande do Norte, os avanços de 2011 foram o cadastramento e a habilitação do CAPS I de João Câmara, CAPS AD de Macau, CAPS I de Caraúbas, CAPS I de Patu, o que representou um aumento de, aproximadamente, 0,07 no indicador de cobertura do CAPS.

PRIORIDADE: IX - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SISTEMA DE SAUDE AS PESSOAS COM DEFICIENCIA.**Objetivo: AMPLIAR AS REDES ESTADUAIS DE SERVICOS DE REABILITACAO PARA PESSOAS COM DEFICIENCIA.**

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
NUMERO DE SERVICOS DE REABILITACAO VISUAL HABILITADOS PELO MINISTERIO DA SAUDE.	1,00	Não Informado	null

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: IX - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SISTEMA DE SAUDE AS PESSOAS COM DEFICIENCIA.: Avaliação prejudicada, pois o resultado não está disponibilizado.

PRIORIDADE: X - ATENCAO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUACAO OU RISCO DE VIOLENCIA**Objetivo: AMPLIAR A REDE DE PREVENCAO DE VIOLENCIA E PROMOCAO A SAUDE NOS ESTADOS E MUNICIPIOS.**

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
PROPORCAO DE MUNICIPIOS PRIORITARIOS DO ESTADO COM REDE DE PREVENCAO DAS VIOLENCIAS E PROMOCAO DA SAUDE IMPLANTADAS.	100,00	100,00	null

Objetivo: AMPLIAR A COBERTURA DA FICHA DE NOTIFICACAO / INVESTIGACAO DE VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
PROPORCAO DE MUNICIPIOS PRIORITARIOS DO ESTADO COM NOTIFICACAO DE VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OUTRAS VIOLENCIAS IMPLANTADAS.	100,00	100,00	null

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: X - ATENCAO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUACAO OU RISCO DE VIOLENCIA: Indicador PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO ESTADO COM REDE DE PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE IMPLANTADAS Meta 2011: 100,00 Resultado 2011: 100,00 Justificativa: Os municípios do Estado são Natal e Mossoró, os quais possuem rede de prevenção as violências e promoção da saúde implantadas em conformidade com a realidade local, necessitando porém de uma reestruturação. Indicador PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO ESTADO COM NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADAS Meta 2011: 100,00 Resultado 2011: 100,00 Justificativa: Todas as Regiões de Saúde receberam capacitação desde 2008 até 2012, onde houve participação de técnicos dos municípios. O referido agravo está na Portaria nº 104/2011 como agravo de notificação compulsória.

PRIORIDADE: XI - SAUDE DO HOMEM**Objetivo: INSERIR ESTRATEGIAS E ACOES VOLTADAS PARA A SAUDE DO HOMEM NOS PLANOS DE SAUDE ESTADUAIS E MUNICIPAIS**

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
NUMERO DE ESTADOS E MUNICIPIOS SELECIONADOS COM ESTRATEGIAS E ACOES VOLTADAS PARA A SAUDE DO HOMEM INSERIDAS NOS PLANOS DE SAUDE ESTADUAIS E MUNICIPAIS	Não Informado	Não Informado	null

Objetivo: AMPLIAR O ACESSO A CIRURGIAS DE PATOLOGIAS E CANCERES DO TRATO GENITAL MASCULINO.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011	Unidade
NUMERO DE CIRURGIAS PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA POR LOCAL DE RESIDENCIA.	274,00	184,00	null

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: XI - SAUDE DO HOMEM: Indicador NÚMERO DE ESTADOS E MUNICIPIOS SELECIONADOS COM ESTRATÉGIAS E AÇÕES VOLTADAS PARA A SAÚDE DO HOMEM INSERIDAS NOS PLANOS DE SAÚDE ESTADUAIS E MUNICIPAIS Meta 2011: Não se Aplica Resultado 2011: Implantada Justificativa: Esse indicador foi pactuado em 2010, não sendo mais em 2011. Em agosto de 2010, o estado faz a implantação oficial da PNAISH e, entre os municípios que receberam recursos para a implantação (Natal, Parnamirim e Mossoró), todos já a realizaram. Indicador - NÚMERO DE CIRURGIAS PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA POR LOCAL DE RESIDENCIA Meta 2011: 274 Resultado 2011: 227 (Meta corrigida) Justificativa: O indicador apresentado foi calculado com base em dados disponíveis até outubro de 2011. Considerando o período de janeiro a dezembro de 2011, houve 227 cirurgias de prostatectomiasuprapúbica, o que ainda é inferior à meta pactuada e o obtido no ano de 2010 (Figura 1). O principal fator que ocasionou o não cumprimento da meta foi a dificuldade do Estado em suprir a demanda pela cirurgia. A maioria desses procedimentos foi executada nos municípios de Currais Novos (106; 46,09%), Natal (88; 38,26%) e Mossoró (24; 10,43%) (Tabela 1). O Estado não está disponibilizando, no momento, o procedimento em sua rede hospitalar. Em um primeiro momento, o serviço seria executado no Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Santa Catarina), sendo transferido, em 2011, para o Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos. O Hospital Ruy Pereira dos Santos, contudo, encontrava-se com problema de pessoal e material para realizar as cirurgias. Em Natal, a maior parte das cirurgias foi realizada no Hospital Universitário Dr. Onofre Lopes (HUOL). Ver Figura 5 - Número de prostatectomias suprapúbicas no RN no período de 2004 a 2011, Natal, agosto de 2012, no anexo 1. Ver Tabela 5 - Número de cirurgias de ProstatectomiaSuprapúbica (0409030023) no

AVALIAÇÃO GERAL DAS PRIORIDADES

Observa-se que praticamente em todas as prioridades houve o ajuste das metas pactuadas inicialmente. Isso, associado ao fato de existirem resultados não disponíveis para o ano de 2011, prejudicam a efetivação de uma avaliação geral.

6.2 INDICADORES DE GESTÃO: RESPONSABILIDADES

Última atualização: 27/11/2012 10:25:50

RESPONSABILIDADES GERAIS		
Eixo: RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS		
Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA.	98,00	Não Informado
PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO	80,00	76,29
PERCENTUAL DE REALIZAÇÃO DAS ANÁLISES DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA, REFERENTE AO PARÂMETRO COLIFORMES TOTAIS.	15,00	8,47
PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM PACTUAÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.	97,00	93,41
COBERTURA VACINAL COM A VACINA TETRAVALENTE (DTP+HIB) EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO.	95,00	84,05
Eixo: REGIONALIZAÇÃO		
Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
PERCENTUAL DE COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL (CGR) CONSTITUÍDOS EM CADA ESTADO E INFORMADOS A CIT.	100,00	100,00
Eixo: PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO		
Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
PROPORÇÃO DE ESTADOS E MUNICÍPIOS COM RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO APROVADOS NOS CONSELHOS ESTADUAIS DE SAÚDE E CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.	100,00	Não Informado
Eixo: REGULACÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA		
Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
ÍNDICE DE ALIMENTAÇÃO REGULAR DA BASE DE DADOS DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES).	100,00	99,22
Eixo: EDUCAÇÃO NA SAÚDE		
Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
PERCENTUAL DE COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES) EM FUNCIONAMENTO POR ESTADO.	100,00	Não Informado
Eixo: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL		
Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS, DEFINIDOS EM 2009.	100,00	Não Informado
IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIAS DO SUS NOS ESTADOS E CAPITALIS.	2,00	Não Informado
AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DA GESTÃO		
<p>Todos os CIR foram constituídos, inclusive com seus regimentos revisados e aprovados na CIB em conformidade com a Dec. 7508/2011. Houve um esforço conjunto da SESAP/COSEMS em instruir os municípios na elaboração dos RAGS em atraso, de 2007 a 2011. Apesar dessa iniciativa, percebe-se que x% dos municípios ainda NÃO concluíram seus RAGS. Apesar de todo o empenho para atualização contínua do CNES ele ainda não consegue retratar a realidade pela resistência e movimentação constante dos profissionais. Foi atingido a meta de 12,5% o que corresponde a uma comissão em funcionamento na região metropolitana com pactuações para todo o estado. No entanto, faz-se necessária a implantação de uma comissão em cada região, com previsão para 2012. Com relação às ouvidorias, em Natal a Ouvidoria se encontra regulamentada porém sem funcionamento. Inversamente, a Ouvidoria SUS do RN se encontra implantada e funcionando na sede da SESAP, sem ter havido a respectiva regulamentação. Conselhos capacitados = 100%. CES</p>		

7. DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS (Fonte: SIOPS)

7.1 BLOCO DE FINANCIAMENTO

Última atualização: 27/11/2012 10:36:44

	RECEITAS (R\$)						DESPESAS (R\$)					Movimentação Financeira		
	Transferência fundo a fundo			Op. Crédito /Rend. /Outros	Recursos Próprios	Total	Dotação	Empenhada	Liquidada	Paga	Orçada	RP/Outros Pagamentos	Saldo Finan. do Exercício Anterior	Saldo Finan. do Exercício Atual
	Federal	Outros Estados	Municipal											
Atenção Básica	115.000,00	0,00	0,00	15.052,71	0,00	115.000,00	570.000,00	0,00	0,00	0,00	370.000,00	894,60	226.846,57	356.004,68
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	109.458.847,57	0,00	0,00	3.367.903,38	0,00	109.458.847,57	234.800.000,00	149.591.651,08	116.784.652,70	115.410.802,40	211.550.000,00	20.388.787,09	39.672.264,38	16.699.425,84
Vigilância em Saúde	5.975.931,83	0,00	0,00	605.181,93	0,00	5.975.931,83	23.785.000,00	5.985.067,67	4.935.069,90	4.624.599,76	12.400.000,00	1.844.426,60	8.333.359,22	8.445.446,62
Assistência Farmacêutica	20.599.153,63	0,00	0,00	343.608,13	0,00	20.599.153,63	39.300.000,00	22.411.071,82	21.042.760,90	20.983.711,94	35.600.000,00	257.036,19	1.722.162,89	1.424.176,52
Gestão do SUS	3.606.582,40	0,00	0,00	1.612.709,06	0,00	3.606.582,40	17.445.000,00	3.235.000,75	3.155.587,02	2.548.855,99	9.280.000,00	198.052,66	17.247.546,15	19.719.928,96
Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	1.744.790,15	0,00	0,00	163.785,80	0,00	1.744.790,15	4.100.000,00	1.807.017,00	1.807.017,00	1.807.017,00	6.000.000,00	0,00	0,00	101.558,95
Convênios	1.285.040,28	0,00	0,00	565.120,12	0,00	1.285.040,28	24.500.000,00	3.322.742,14	2.113.293,98	2.076.332,41	9.500.000,00	11.366,05	6.715.986,18	6.478.448,12
Prestação de Serviços de Saúde	66.609.029,76	0,00	0,00	9.371.611,82	288.450,59	66.897.480,35	150.000.000,00	76.044.377,95	68.969.366,59	66.684.372,56	105.000.000,00	6.311.919,03	6.190.482,94	9.463.283,52
Outras Receitas do SUS	0,00	0,00	0,00	142.072,38	1.203.864,84	1.203.864,84	8.000.000,00	1.642.968,96	1.271.808,25	1.222.181,85	4.500.000,00	198.911,57	728.431,54	653.275,34

	RECEITAS (R\$)						DESPESAS (R\$)					Movimentação Financeira		
	Transferência fundo a fundo			Op. Crédito /Rend. /Outros	Recursos Próprios	Total	Dotação	Empenhada	Liquidada	Paga	Orçada	RP/Outros Pagamentos	Saldo Finan. do Exercício Anterior	Saldo Finan. do Exercício Atual
	Federal	Outros Estados	Municipal											
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo	0,00	0,00	0,00	170.354,70	840.659,47 0,28	840.659,47 0,28	909.288,097 ,63	901.095,812, 54	878.941,511 ,45	830.310,18 9,85	934.473,0 00,00	26.162.553,55	23.131.481,09	7.488.562,67

Análise sobre a Utilização dos Recursos

Analisando a execução orçamentária e financeira dos recursos consignados no Fundo Estadual de Saúde para o exercício 2011, percebe-se um comportamento distinto em diferentes blocos do SUS. De acordo com os dados do SIOPS, na Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) se encontram mais de 90% dos valores executados (despesa liquidada), considerando a necessidade de dar seguimento ao processo do cuidado com o tratamento de pacientes de todo o Estado. Para a Assistência Farmacêutica foram aplicados recursos da ordem de 6% de todas as despesas executadas no período em exame, tomando-se como referencial a totalidade dos processos que se encontravam em condições de pagamento. As outras funções não chegaram a representar, cada uma delas, 1% de todos os itens de gastos, denotando a “vocação” da gestão estadual em responder às demandas de caráter mais complexo.

7.2. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)

Última atualização: 27/11/2012 10:36:44

Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	63,33%
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	5,34%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,64%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	15,57%
Participação da receita de impostos na receita total do Estado	40,59%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Estado	52,41%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Estado	6,63%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Estado	95,86%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Estado	7,91%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Estado	77,40%
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Estado, por habitante	R\$343,60
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	13,88%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Estado com saúde	19,88%

Análise e considerações sobre os Indicadores Financeiros

O estado do RN vem aplicando historicamente valores acima do limite mínimo assinalado na legislação do SUS. Com efeito, do ano anterior para o exercício que atualmente se presta contas foi observado um aumento de 15,28% para 15,57%. A despesa per capita com recursos próprios se elevou de R\$ 310,46 para R\$ 343,60 ao serem comparados os anos de 2010 e 2011. Ao se decompor os valores por grupos de despesas, denota-se que as despesas com pessoal sofreram majoração entre os dois exercícios, uma vez que passaram de 59,58% para 63,33% do cômputo geral dos gastos. No que concerne às despesas com medicamentos, também foi observado reajuste de cerca de 6%, pois foram elevadas de 5,04% para 5,34% de todos os itens de aplicação, demonstrando uma preocupação recorrente com a efetividade do tratamento daqueles que afluem ao SUS para o cuidado de suas enfermidades e outros problemas diretamente associados com seus condicionantes de vida. As despesas com serviços de terceiros sofreu redução de aproximadamente 22%, uma vez que, proporcionalmente, representavam em 17,72% de todos os gastos em 2010, sendo no ano em análise alcançado o patamar de 13,88% das despesas totais. Entretanto, em que pesem as vultosas somas com custeio do funcionamento do sistema estadual de saúde, a aplicação com investimento, ou seja, despesas de capital experimentaram uma ligeira redução de 1,76% para 0,64%, analisados e comparados 2010 e 2011, sendo necessário considerar a vinculação premente das transferências federais para atividades de manutenção do SUS, em detrimento de repasses para crescer valor e condições estruturais para melhor atender aos cidadãos.

8. DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO (Fonte: SIOPS)

8.1. RECEITAS

RECEITAS	PREVISÃO INICIAL (R\$)	PREVISÃO ATUALIZADA (a) (R\$)	RECEITAS ATUALIZADAS	
			Jan a Dez (b) (R\$)	% (b/a)
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSF CONST LEGAIS (I)	5.266.674.000,00	5.256.817.622,57	5.325.481.529,25	101,31

Impostos	3.428.998.000,00	3.464.345.000,00	3.679.117.584,35	106,20
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	0,00	0,00	0,00	0,00
Dívida Ativa de Impostos	9.600.000,00	9.600.000,00	11.377.425,01	118,51
Multas, Juros de Mora, Atualização Monetária e Outros Encargos da Dívida Ativa dos Impostos	0,00	0,00	0,00	0,00
Receitas de Transferências Constitucionais e Legais	2.649.933.000,00	2.649.933.000,00	2.502.046.897,32	94,42
(-) Transferências Constitucionais e Legais	821.857.000,00	867.060.377,43	867.060.377,43	100,00
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS (II)	486.170.000,00	485.970.000,00	225.751.775,65	46,45
Da União para o Estado	468.700.000,00	468.500.000,00	209.394.375,62	44,69
Dos Municípios para o Estado	0,00	0,00	0,00	0,00
Demais Estados para o Estado	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	17.470.000,00	17.470.000,00	16.357.400,03	93,63
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE (III)	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS	4.742.598.000,00	4.748.354.377,43	3.220.095.794,53	67,81
(-) DEDUÇÃO PARA O FUNDEB	992.761.000,00	992.761.000,00	992.908.736,96	100,01
TOTAL	9.502.681.000,00	9.498.381.000,00	7.778.420.362,47	81,89

8.2. DESPESAS COM SAÚDE

8.2.1. DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
DESPESAS CORRENTES	1.187.082.000,00	1.349.917.348,75	1.092.034.161,56	64.069.678,18	85,64
Pessoal e Encargos Sociais	576.427.000,00	724.461.735,89	700.737.611,86	10.372.696,93	98,16
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	610.655.000,00	625.455.612,86	391.296.549,70	53.696.981,25	71,15
DESPESAS DE CAPITAL	66.945.000,00	61.870.748,88	6.986.905,42	2.044.964,75	14,60
Investimentos	66.945.000,00	61.870.748,88	6.986.905,42	2.044.964,75	14,60
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL (IV)	1.254.027.000,00	1.411.788.097,63	1.099.021.066,98	66.114.642,93	82,53

8.2.2. DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE, AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
DESPESAS COM SAÚDE	N/A	N/A	1.099.021.066,98	66.114.642,93	100,00
(-) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS	N/A	N/A			
(-) DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE	N/A	N/A	227.693.234,15	45.563.243,85	23,45
Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS	N/A	N/A	220.079.555,53	43.960.341,84	22,66
Recursos de Operações de Crédito	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00
Outros Recursos	N/A	N/A	7.613.678,62	1.602.902,01	0,79
(-) RESTOS A PAGAR INSCRITOS NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE	N/A	N/A		62.566.706,55	
TOTAL DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	N/A	N/A		829.312.525,36	71,18

8.3. CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS SAÚDE INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES

CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS À SAÚDE INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES	RESTOS A PAGAR INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE RECURSOS PRÓPRIOS VINCULADOS	
	Inscritos em exercícios anteriores (R\$)	Cancelados em 2011 (R\$)

RESTOS A PAGAR DE DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	16.575.698,09	0,00
--	---------------	------

8.5. PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSPARÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS

PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSPARÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <15%> [(V - VI)]	[(V - VI)]
PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <12%> [(V - VI)/I]	15,57

8.5.1. DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção)

DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
Atenção Básica	23.355.000,00	9.126.712,00	25.022,00	0,00	0,00
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1.094.218.000,00	1.258.891.899,22	1.020.928.976,91	60.093.252,95	92,78
Suporte Profilático e Terapêutico	72.915.000,00	88.574.290,43	65.686.527,54	4.001.264,47	5,98
Vigilância Sanitária	13.892.000,00	9.120.150,00	2.422.996,96	647.282,65	0,26
Vigilância Epidemiológica	21.848.000,00	22.526.475,92	3.674.445,10	895.173,93	0,39
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	27.799.000,00	23.548.570,06	6.283.098,47	477.668,93	0,58
TOTAL	1.254.027.000,00	1.411.788.097,63	1.099.021.066,98	66.114.642,93	100,00

Considerações Gerais sobre demonstrativo orçamentário

As receitas de impostos alcançaram o montante de R\$ 5.325.481.529,25, servindo como base de cálculo para o que estabelece a EC 29/2000, sendo conseguido o valor de R\$ 829.312.525,36, ultrapassando os 12% apregoados na Magna Carta. Ao serem apurados os valores de execução, na despesa empenhada, excluídos os restos a pagar sem disponibilidade financeira, o percentual apurado é de 15,57.

Todas as despesas somaram R\$ 1.165.135.709,91 no exercício 2011, considerando-se todas as fontes e o estágio do empenho. Desse valor, obteve-se 90% de dívidas efetivamente pagas no período.

Assevere-se que nem sempre há disponibilidade financeira para cobertura de despesas, uma vez que se trata de cenário no qual se vive o regime de competência, o que faz com as receitas sejam repassadas em momento posterior à realização das ações e seu necessário custeio.

A Gestão Estadual necessita, com certeza, aprimorar sua gestão de recursos, no sentido de dar agilidade aos processos, como também, precisa adotar postura parcimoniosa no trato com ações/atividades que sejam dispendiosas, como folha de pagamento e contratação de serviços terceirizados. É extremamente necessário cumprir com os compromissos de custeio e investimento que cabem ao ente estadual, sendo uma meta a ser observada com afinco para o próximo exercício.

Outra dificuldade está posta na ínfima capacidade de investimento e no montante de valores recebidos de transferência federal, sendo expressivas despesas com recursos próprios concernentes às demandas judiciais e demais solicitações que obriguem o uso de fonte local.

9. ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O RELATÓRIO DE GESTÃO

9.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Inicialmente, cabe esclarecer que não foi possível o seguimento do SARGSUS, no que se refere à apresentação da programação anual de saúde, pois cada setor da SESAP/RN elaborou a sua agenda de trabalho, de forma específica e desconectada das demais, culminando com a existência de programações fragmentadas das ações de saúde e impedindo a formulação de uma programação sistêmica que pudesse ser configurada como uma única programação anual de saúde, comprometendo, assim, a efetuação de uma análise consistente. Desse modo, as informações apresentadas neste relatório, no que se refere à Programação Anual de Saúde, buscaram resgatar as principais linhas de condução adotadas em cada área, tomando-se por base o Plano Estadual de Saúde referente ao período 2008-2011, o SIOPS, o Pacto pela Vida e a LOA/RN.

Em relação aos resultados obtidos, considera-se que apesar dos obstáculos de diversas origens encontrados no ano de 2011, as ações desenvolvidas pela SESAP/RN objetivaram contribuir para a consolidação do SUS, uma vez que buscaram estimular a linha de planificação no âmbito estadual, regional e municipal, por meio de articulações e pactuações destinadas a potencializar e otimizar os recursos existentes através da integração dos esforços institucionais em todos os campos de atuação, incrementando a utilização das tecnologias de informação e comunicação aplicadas à saúde.

Todavia, os achados das investigações nas áreas da epidemiologia e da demografia revelaram a magnitude do perfil de morbimortalidade da população do RN, indicando, a desaceleração do ritmo de crescimento da população do estado causado principalmente pela queda da fecundidade das mulheres norte-rio-grandenses de todos os estratos sociais, associada à efetivação de programas integrados voltados para a promoção à saúde da mulher, bem como à crescente inserção do gênero feminino no mercado de trabalho; o envelhecimento da população do RN, apesar da mesma ainda ser predominantemente jovem; o destaque das doenças do aparelho circulatório e das doenças infecciosas e parasitárias, como as principais causas de mortalidade e de morbidade, respectivamente; a concentração de aproximadamente 50% dos óbitos dos menores de 1 ano de idade no município do estado; o crescimento da violência, repercutindo sobre a saúde dos cidadãos; dentre outras constatações não menos importantes, conforme descrito nas considerações de cada seção deste relatório.

Associado a esse cenário, houve a verificação da desatualização do CNES, em especial no que se refere às unidades básicas, mistas e policlínicas.

Portanto, tais constatações configuram-se como preocupantes, considerando que o sistema estadual de saúde, a despeito dos esforços despendidos, ainda precisa realizar adequações que possibilitem o devido preparo dos profissionais, das unidades, e da

gestão/gerência, para responder às demandas advindas desse quadro.

Além disso, destaca-se que a partir de 2011, com o Decreto nº 7.508/11, novos desafios surgiram para a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, implicando na necessidade de adoção de arranjos institucionais, a fim de integrar e aparelhar os serviços de saúde e definir linhas de cuidado destinadas a garantir a atenção integral à saúde em cada região do estado do RN.

Nesse contexto, várias medidas foram adotadas para o enfrentamento dos problemas relacionados à situação de saúde evidenciada no estado, surtindo efeitos exitosos que geraram impacto sobre os indicadores de saúde, como por exemplo: a sistematização da atenção aos diabéticos, pautada no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e inserida na rede de atenção básica, buscando impactar as elevadas taxas de mortalidade decorrentes desta patologia; o incremento das ações de promoção à saúde e de vigilância epidemiológica, que propiciaram um melhor acompanhamento dos agravos, o aprimoramento das linhas de monitoramento de intervenções e a priorização da cobertura vacinal; a condução de mecanismos para implementação do Programa de Internação Domiciliar, com a reformulação das suas diretrizes e a ampliação da sua abrangência, de modo a configurar um Serviço de Atenção Domiciliar integrado à rede assistencial; o desenvolvimento de planos por áreas prioritárias para estruturação de redes de atenção; a apresentação da proposta de criação do Complexo Regulador, a fim de permitir a regulação do acesso, da assistência e da gestão; a potencialização das linhas de planificação, por meio dos amoldamentos dos instrumentos de gestão e da efetuação de diversas oficinas com o objetivo de aprimorar e ajustar os processos de trabalho e o fluxo de atendimento das demandas; a inclusão das ações da Ouvidoria da Saúde como um dos instrumentos da dinâmica institucional; as capacitações dos servidores da saúde, em diversas áreas prioritárias, efetuadas pelo Centro de Formação de Pessoal; o aparelhamento da hemorrede, com a implantação de outro posto de coleta e a realização de campanhas para fidelizar seus doadores; as adequações das estruturas físicas e o aparelhamento de diversas unidades da rede hospitalar; as ações estratégicas de promoção da saúde (prevenção primária) e de detecção precoce (prevenção secundária), vinculadas à análise e à produção de dados técnicos e científicos sobre o câncer (vigilância epidemiológica), todas consubstanciadas em programas específicos (Programa Estadual de Controle do Tabagismo, Programa Estadual de Controle do Câncer e seus Fatores de Risco e Programa Estadual de Avaliação e Vigilância do Câncer), efetivadas de forma integrada, por meio do estabelecimento de parceria entre a SESAP/RN, as Secretarias Municipais de Saúde e o Instituto Nacional do Câncer - INCA/MS, acarretando na redução da incidência e da mortalidade por câncer; e a realização da 7ª Conferência estadual de Saúde, reforçando o controle social; dentre outras de igual relevância.

Nesse âmbito, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde dispostas nas Portarias do Ministério da Saúde, iniciou-se no ano de 2011 o processo de estruturação de redes de cuidados, permeado pelos preceitos da Política de Humanização, priorizando-se as Redes de Atenção Materna e Infantil (Rede Cegonha), Atenção às Urgências, Atenção Psicossocial, Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência e Atenção às Doenças Crônicas com ênfase para a Atenção Oncológica.

Cabe salientar que tais redes são consideradas essenciais ante a contemplação da magnitude do perfil de morbimortalidade do estado do Rio Grande do Norte e da sua alta relevância epidemiológica e social, estando associadas ao direcionamento posto pela Política de Saúde.

Esse entendimento conduziu o repensar do modelo assistencial de modo a possibilitar o processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde no âmbito estadual, construído a partir da compreensão sobre a precisão de (re)organização dos serviços existentes e da criação de outros tipos como necessários para preenchimento de lacunas assistenciais que se caracterizem como óbices ao alcance da resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários, em todos os níveis de atenção, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

Para tanto, a totalidade dos serviços que integrarem as Redes de Atenção do RN deverão ter como base do seu processo de trabalho e dos fluxos de atendimento que forem estabelecidos o acolhimento com classificação do risco, a longitudinalidade do cuidado, a qualidade e a resolubilidade assistencial, considerados como requisitos em todos os pontos de atenção, organizando-se de forma regionalizada e hierarquizada em conformidade à configuração constitucional do SUS e em consonância ao preceituado pela Política de Saúde.

Nesse contexto, o processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde priorizadas será desencadeado em etapas, buscando-se analisar a viabilidade de implantação de cada uma, adequando-se o modelo de atenção à saúde, os territórios sanitários e os níveis de atenção à saúde, de forma a possibilitar o delineamento do desenho das Redes e do Mapa da Saúde, a modelagem da atenção primária à saúde e sua inserção nas linhas de cuidado, a definição dos pontos de atenção à saúde secundários e terciários, a modelagem dos sistemas de apoio nas Redes, a integração vertical dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, e o estabelecimento do sistema de governança pertinente.

Desse modo, espera-se fomentar a capacidade resolutiva do sistema de saúde no âmbito do estado do Rio Grande do Norte.

9.2. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÓXIMA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E/OU REDIRECIONAMENTOS PARA O PLANO DE SAÚDE

Pretende-se que o relatório ora apresentado sirva de subsídio para a elaboração da Programação Anual de Saúde e do Plano Estadual de Saúde do RN subsequentes, a fim de assegurar a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, elevando a qualidade da atenção no estado do Rio Grande do Norte, de forma transparente, humanizada, pactuada e resolutiva.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de incremento das ações de promoção à saúde voltadas para as principais causas de morbimortalidade nos grupos etários prioritários.

Outro ponto relevante refere-se ao fortalecimento do processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde priorizadas, solidificando as linhas de cuidado, articulando e integrando todos os estabelecimentos de saúde do RN, visando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários de forma efetiva, eficiente e eficaz e no momento oportuno.

Salienta-se ainda a precisão do serviço público preparar-se devidamente para a demanda da clientela idosa, destinando maior investimento em saúde para o atendimento de saúde a esse grupo.

O delineamento dos pontos de atenção de forma regionalizada também deverá ser priorizado, possibilitando o desenho do Mapa da Saúde.

Torna-se imprescindível a adoção de medidas que permitam a atualização do CNES, norteado pelas equipes de auditoria e de regulação, por meio de uma atuação integrada.

Nesse contexto, portanto, entendemos que pactos e regras de referenciamento intramunicipais, intraestaduais e/ou interestaduais, com mecanismos de financiamento das ações por meio da PPI e do PDI, passam a fazer parte do rol de ações de natureza regulatória, visando adequar a oferta à demanda de serviços, com base nas necessidades, na capacidade física instalada e na densidade tecnológica dos estabelecimentos de saúde, corroborando o entendimento sobre a configuração do Complexo Regulador como uma estratégia de garantia de acesso. Ademais, o desenho matricial, envolvendo uma estrutura com um sistema de autoridade dual em que se combinam os produtos e as áreas geográficas, deve ser considerado como essencial para o desenvolvimento de todo esse processo, devendo o ente de governança da rede de atenção à saúde atuar por meio de sistemas gerenciais eficazes como o sistema de acreditação, o planejamento estratégico, os contratos de gestão e o sistema de avaliação.

9.3. ARQUIVOS ANEXOS

Documento	Tipo de Documento

10. APRECIÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO

10.1 RELATÓRIO TRIMESTRAL (Lei 8.689/1993 e Dec. 1.651/1995)

Enviado para Assembléia Legislativa em	1º TRI	2º TRI	3º TRI	4º TRI
Enviado ao Conselho de Saúde em	17/05/2011	22/09/2011	24/11/2011	22/09/2012
Enviado para Assembléia Legislativa em	17/05/2011	22/09/2011	22/11/2011	02/10/2012

10.2. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

10.2.1. INFORMAÇÕES DO GESTOR

Enviado ao Conselho de Saúde para apreciação em	27/11/2012
Enviado ao Tribunal de contas a que está jurisdicionando em	
Enviado à Assembléia Legislativa em	
Reenviado ao Conselho de Saúde para reapreciação em	

10.2.2. INFORMAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE

Data de Recebimento do RAG pelo CS	
Apreciado pelo Conselho de Saúde em	
Reapreciado pelo Conselho em	
Parecer do Conselho de Saúde	
Status da Apreciação	Em Análise
Resolução da Apreciação	Data

RIO GRANDE DO NORTE - RN, ____ de _____ de ____.