



COSEMSRN

REVISTA DO CONSELHO DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RN
NATAL, NOVEMBRO DE 2013

Feliz Natal e Próspero Ano Novo!

É chegado o final do 1º ano das novas gestões dos municípios. A Revista COSEMS/RN, além de desejar Boas Festas e um Ano Novo repleto de realizações, reafirma sua aposta na força na municipalização e na construção do SUS e se coloca ao lado de cada Secretário de Saúde na responsabilidade coletiva de traduzir esforços em melhorias reais da condição de saúde da nossa população.

Ao longo desse ano houve momentos em que os desafios das funções gestoras tornaram-se bastante expressivos, mais é verdade que contamos com o apoio dos já veteranos na condição de Secretário, além da presença constante do COSEMS/RN, não permitindo que abandonássemos a luta. Nas páginas dessa revista estão registradas nossas contribuições e batalhas no ano em curso. Também mostra um pouco do muito que estamos fazendo em nossos municípios, como as experiências exitosas locais com destaque e Premiação Nacional.



Relata também a adesão ao PMAQ, “Os municípios avaliando e sendo avaliados”; o engajamento das equipes/municipais na realização de projetos impactantes na Atenção Básica; a adesão ao Programa Mais Médico e ao Qualifar-SUS, mostrando o quanto estamos transformando dificuldades em alternativas e possibilidades. Trazemos ainda o panorama da construção das redes temáticas e o perfil daqueles que estão gerindo a política de saúde no Rio Grande do Norte.

Cabe destaque o novo momento da relação interfederativa com o Planejamento Regional e os caminhos do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) no Estado, sendo o principal tema da edição com a entrevista de Luiz Odorico Monteiro, Secretário da Gestão Estratégica e Participativa, área condutora do COAP no Ministério da Saúde.

O COSEMS, Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP/RN), Federação dos Municípios do Rio Grande do Norte (FEMURN) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), propiciaram a realização do II Seminário Organização da Saúde e Pactos Interfederativos do SUS, nos dias 27 e 28 de novembro de 2013. As discussões suscitadas durante o Seminário servirão como base de sustentabilidade técnica-política do planejamento regional e, conseqüentemente, a assinatura do COAP.

Esperamos que essa edição contribua como ferramenta valiosa para definir caminhos e dar continuidade ao nosso processo crescente de aperfeiçoamento, acreditando no nosso próprio potencial e com a certeza na capacidade de construir um SUS mais acessível e equânime.

Aproveitamos para agradecer a todos que contribuíram com essa edição, bem como, o esforço desprendido pela equipe do COSEMS/RN, que juntos buscaram socializar informações e experiências cotidianas que podem colaborar com a mudança no cenário do setor saúde do nosso Estado.

SALETE CUNHA
Presidente



COMPOSIÇÃO DO CONSELHO

Presidenta: **Saete Cunha** – Secretária Municipal de Saúde de Bom Jesus
Vice-Presidenta: **Maria Neuman de Azevedo** – Secretária Municipal de Saúde de José da Penha
Secretária Geral: **Débora Costa dos Santos** – Secretária Municipal de Saúde de São José do Seridó

VICES-PRESIDENTES DAS REGIÕES

- I REGIÃO – Titular: **Kleber Lomonte Teixeira** (Secretário Municipal de Saúde de Vera Cruz)
Suplente e Coordenadora: **Ângela Braz** (Secretária Municipal de Saúde de Nísia Floresta)
- II REGIÃO – Titular e Coordenador: **Antônio Ricardo Duarte** (Secretário Municipal de Saúde de Areia Branca)
- III REGIÃO – Titular: **Maria Tereza Teixeira Neri** (Secretária Municipal de Saúde de São Miguel do Gostoso)
Suplente: **Eliege da Silva Oliveira** - Secretária Municipal de Parazinho
Coordenadora: **Andrelúcia Cordeiro Silva** - Secretária Municipal de João Câmara
- IV REGIÃO – Titular: **Maria de Fátima Costa** (Secretária Municipal de Saúde de Santana do Seridó)
Suplente: **Rita Rejane P. Araújo** (Secretária Municipal de Saúde de São Fernando)
Coordenador: **Edvaldo Dantas De Lucena** (Secretário Municipal de Serra Negra do Norte)
- V REGIÃO – Titular: **Dailva Bezerra da Silva** (Secretária Municipal de Saúde de São Paulo do Potengi)
Coordenadora: **Joana Nascimento**
- VI REGIÃO – Titular: **Maria Elisa Garcia Soares** (Secretária Municipal de Saúde de Dr. Severiano)
Suplente: **Maria do Rego Neta** (Secretária Municipal de Saúde de Riacho da Cruz)
Coordenador: **Temistocles Maia de Lucena** (Secretária Municipal de Saúde de Riacho da Cruz)
- VII REGIÃO – Titular: **Jalmir Simões da Costa** (Secretário Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante)
Suplente: **Silvana Cosme Pereira** (Secretária Municipal de Saúde de Macaíba)
Coordenador: **Cipriano Maia Vasconcelos** (Secretário Municipal de Natal)
- VIII REGIÃO – Titular e Coordenadora: **Lucianny Edja Macena** (Secretária Municipal de Saúde de Assú)

ASSESSORES

Edyane Araújo: Auxiliar Administrativa
Jackson Dantas Filho: Assessor de Comunicação
José Sueldo: Coordenador Administrativo e Financeiro
Simone França: Secretária Adjunta
Nerialba Nobre: Assessora
Marilene Cardoso: Assessora
Roberval Pinheiro: Assessor
Solane Costa: Assessora
Terezinha Rego: Assessora

EXPEDIENTE

PROJETO GRÁFICO E EDIÇÃO **PLENA COMUNICAÇÃO**
FOTOS ARQUIVO COSEMS/RN, ALEX FERNANDES

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

COSEMS/RN
Av. Ayrton Senna, 357, Sala- 17 - Condomínio Mandacaru Mall
Capim Macio - CEP- 59080-100, Natal/RN
Telefax - (84) 3222-8996
www.cosemsrn.org.br cosemsrn@digi.com.br

ÍNDICE

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAIS: UM NOVO OLHAR TERRITORIAL	06
EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO RN	11
‘MAIS MÉDICOS’ NO RIO GRANDE DO NORTE	18
PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PMAQ NO RN	19
AVALIAÇÃO DO DIÁLOGO TEMÁTICO	20
ENTREVISTA COM LUIS ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE	22
PLANEJANDO AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE	26
PERFIL DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE NO RN	33
COSEMS/RN - COMPROMISSOS, LUTAS, CONTRIBUIÇÕES	36
FOTOS - COSEMS/RN EM AÇÃO	39

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAIS: UM NOVO OLHAR TERRITORIAL

A necessidade de qualificar e fortalecer a descentralização do Sistema de Saúde contribuiu para que a Regionalização, diretriz do SUS, fosse considerada o eixo estruturante do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), sendo as Comissões Intergestores Regionais (CIR) o espaço de planejamento, cogestão territorial e pactuação, com base nos preceitos do Decreto nº 7.508/2011.

Esse arranjo institucional vem proporcionando um novo significado nas relações entre os gestores do SUS, permitindo que desenvolvam de forma solidária e coletiva suas funções, levando em consideração as especificidades, peculiaridades e necessidades inerentes a cada região de saúde, apresentadas no panorama a seguir.

1ª REGIÃO DE SAÚDE



Por Ângela Cristina Braz, Secretária Municipal de Saúde de Nísia Floresta e Coordenadora da I CIR

A regionalização da saúde constituiu um dos pressupostos da atual fase de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e um importante processo para diminuir as grandes desigualdades no território brasileiro. Apesar de alguns avanços relevantes, também são notórias as suas fragilidades e seus limites. Devemos pensar uma nova perspectiva para a regionalização da saúde, que se mostra necessária para que um projeto de saúde nacional mais efetivo e coerente com as diversidades dos lugares do Brasil.

Devemos também levar em consideração uma gestão mais eficiente e eficaz para a administração, uso correto dos recursos da saúde, com a autonomia do gestor da pasta e também maiores percentuais de investimento por parte das três esferas de governo. Um conjunto de leis e portarias foi instituído para determinar as regras e os mecanismos desse processo em todo o território nacional, com destaque para Constituição Federal de 1988; Leis Orgânicas da Saúde n. 8.080 e n. 8.142 de 1990; Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; Norma Operacional de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002), Pacto pela

Saúde de 2006 e agora o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP).

Não há muito estímulo de integração entre os municípios e, conseqüentemente, de regiões de saúde, que são tão necessárias à garantia da integralidade da atenção a saúde. A Regionalização terá que acontecer por ser o eixo estruturante do SUS. Com o Pacto de Saúde em 2006 foi criado o Colegiado de Gestão Regional (CGR) e logo após a Comissão Intergestores Regional (CIR), nesse espaço foram criadas relações institucionais marcadas pelo diálogo, por negociações e consensos entre os municípios nas suas regiões, espaço importante onde os Gestores vão conseguir buscar melhores soluções de saúde para o sua Região e conseqüentemente seu Município.

A Primeira Região apesar da sua fragilidade e pouca estrutura, está tentando avançar gradativamente. Os gestores estão começando a enxergar que lá é nossa primeira alternativa para que tudo comece a dar certo no campo da saúde, temos muitas deficiências na nossa Região com relação à Assistência à Saúde e não temos nenhuma das Redes prioritárias pelo Ministério da Saúde, como Rede Cegonha, Rede de Doenças Crônicas, Urgência e Emergência e as outras, funcionando a contento efetivamente bem como deveria. Mas todos os gestores estão empenhados e comprometidos em fazer com que essas redes funcionem, buscando apoio principalmente nas três esferas de governo de acordo com a responsabilidade de cada um. Teremos também que avançar em Consórcios Intermunicipais e Termos de Cooperação Técnica entre os municípios, apesar de não termos esta cultura de utilizar esses meios na nossa Região.

2ª REGIÃO DE SAÚDE



Por Antonio Ricardo Calazans Duarte, Secretário Municipal de Areia Branca e Coordenador da II CIR

A Regionalização promove a ação cooperativa entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e o fortalecimento do controle social. É fundamental para organizar a rede de ações e serviços de saúde, assegurando o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. A regionalização faz parte do processo de redemocratização iniciado com a Constituição Federal de 1988, que prioriza a autonomia entre os entes federados, descentralização política e administrativa das unidades de governo, apontando para a forma de gestão integrada e regionalizada, essenciais para o SUS.

A Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) reforça esse conceito de regionalização, ampliado pelas sucessivas Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOB) e o pacto pela saúde. Para preservar o equilíbrio e a independência entre as esferas de governo, foi organizada pelo setor saúde uma rede integrada e resolutive, visando o fortalecimento da gestão e a descentralização dos serviços. Com esse objetivo, foram criadas as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

As Comissões Intergestores Regionais (CIR), anteriormente denominadas Colegiados de Gestão Regional (CGR) são estruturas criadas pelo Pacto pela Saúde, com o intuito de qualificar o processo de regionalização no SUS, garantindo o exercício da ação cooperativa entre os gestores nas regiões, formando um espaço de governança em âmbito regional.

A II Região de Saúde tem lutado junto aos seus representantes de 14 municípios, em busca de fortalecer as ações de saúde conjuntas, coordenadas pela PPI, acordada em diversas reuniões tendo como objetivo a melhoria dos indicadores de saúde da população da região.

3ª REGIÃO DE SAÚDE



Por Andrelúcia Cordeiro do Nascimento Silva, Secretária Municipal de Saúde de João Câmara e Coordenadora da III CIR

A regionalização de saúde na III Região está em processo de construção. Vivemos numa região composta por 26 municípios que tem um grande vazio assistencial, pois, apresenta insuficiências de serviços especializados que venham suprir a demanda da região.

Estamos incluídos entre os municípios que serão beneficiados com Centros de Referência Oncológica através do programa RN Sustentável, onde os principais objetivos são: reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil; aumentar a disponibilidade do diagnóstico precoce do câncer de mama e colo do útero; e aumentar a disponibilidade de instalações, bem como de recursos humanos e financeiros.

Estamos nos organizando nas redes de assistência para que tenhamos serviços fortalecidos com fluxos definidos, com construção das redes de Atenção Psicossocial, Rede de Pessoas com Deficiência, Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência. Precisamos de maior investimento no Hospital Regional de João Câmara para que possa melhorar a assistência de Urgência e Emergência. Acredito numa região mais forte, pois, contamos atualmente com a participação de gestores comprometidos, participativos e que estão abertos a uma regionalização solidária.

4ª REGIÃO DE SAÚDE



Por Edvaldo Dantas de Lucena, Secretário Municipal de Saúde de Serra Negra do Norte e Coordenador da IV CIR

Para todos que fazemos a IV Região de Saúde, visualizamos uma transformação importante nos últimos anos que acompanha o processo decisório proposto pelo Ministério da Saúde, baseadas na macroestratégia de regionalização que visa garantir o acesso de todos os cidadãos a ações de saúde resolutivas e de boa qualidade em todos os níveis de atenção.

O fortalecimento das Regiões de Saúde é de fundamental importância para a viabilidade deste processo que vem sendo implementado através da Comissão Intergestora Regional (CIR) que com o apoio dos Secretários Municipais de Saúde e através da correspon-

sabilização, estamos observando um novo paradigma de assistência na atenção à saúde.

Para isso a regionalização precisa está baseada na capacidade de resposta dos serviços hoje existentes em nossa região e neste contexto do apoio de todas as instâncias de gestão, pois, percebemos que no decorrer dos últimos anos os municípios vêm absorvendo uma demanda de responsabilidades exorbitantes que não estão atreladas ao financiamento tripartite.

Isto incide na vulnerabilidade da capacidade resolutiva destes municípios reforçando a importância do fortalecimento da CIR e o aumento da capacidade de gestão de nossa região, como sustentáculos do bom funcionamento das ações e serviços da assistência à saúde, pois, não podemos mais pensar no individualismo municipal e sim no compromisso coletivo e em sintonia.

Sendo assim a nossa opinião é de completa admiração pelas propostas lançadas pelo Ministério da Saúde, mas com a consciência de que só serão viáveis através do suporte necessário aos municípios, pois, estes são os executores dessas ações.

5ª REGIÃO DE SAÚDE



Por Joana D'arc do Nascimento, Coordenadora da V CIR

A 5ª Região de Saúde vivencia uma enorme ebulição nas propostas de discussão e organização dos serviços de saúde, cujo interesse é ajustar o sistema no âmbito regional com uma funcionalidade mais sistemática, seguindo os dispositivos do Decreto nº 7.508/2011. Nesta perspectiva estamos dando ênfase à constituição das Redes de Atenção à Saúde, na elaboração do Mapa de Saúde, bem como no apoio a projetos específicos de acordo com as necessidades locais.

A Comissão Intergestores Regional (CIR) apresenta-se como cenário de desafios, a partir da relevância de cada gestor de saúde entender o que é o SUS e dar importância de uma participação proativa nesta instância a fim de construir consensos para o fortalecimento de uma política de saúde articulada.

Nesse espaço constituído, democrático e aberto à participação de todos, reconhecemos a responsabilidade de manter uma pauta voltada para subsidiar a gestão municipal, seja nos instrumentos legais imprescindíveis para elaboração e execução da sua proposta de saúde como também, nas parcerias estabelecidas entre entes de governo como: Planejamento Regional; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Modelo de Atenção; Redes Regionais de Atenção à Saúde; dentre outros.

É certo que nossa proposta é contribuir na evolução da política de saúde e do processo de descentralização do SUS na tentativa de responder a estes desafios com uma gestão mais eficiente e efetiva.

6ª REGIÃO DE SAÚDE



Por Temistocles Maia de Lucena, Coordenador da VI CIR

Vejo o processo de regionalização como algo enriquecedor para nossa região, pois teremos o fortalecimento cada vez

mais das regiões sanitárias de saúde, levando em conta a valorização, estruturação física e adequação dos equipamentos de saúde que compõem a rede de atenção/ assistência à saúde neste espaço geográfico, observando os perfis de morbimortalidade da população, a questão do acesso, os perfis demográficos, geopolíticos e socioeconômicos que caracterizam a mesma.

A Comissão Intergestores Regional (CIR) da VI Região de Saúde está cada vez mais envolvida e comprometida na luta por melhorias, pois, os gestores estão, a cada reunião, mais participativos e com a consciência de que juntos somos fortes e podemos fazer a diferença, trazendo uma saúde digna e mais humanitária.

REGIÃO METROPOLITANA DE NATAL



Por Cipriano Maia Vasconcelos, Secretário Municipal de Saúde de Natal e Coordenador da VII CIR

O processo de regionalização da saúde na região metropolitana de Natal se constitui em um movimento incipiente e retardatário. A incipiência decorrente da descontinuidade de projetos orientados para a organização do sistema de saúde na região que apesar da intensa interação das populações residentes nos municípios da área não construiu experiências exitosas de integração de políticas públicas. As experiências de instituição das regiões de saúde desde o movimento de distritalização, passando pela formulação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) na vigência da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e depois do Pacto pela Saúde, apesar de terem contribuído para o avanço do debate e o aprendizado institucional dos sujeitos envolvidos, delineado fluxos assistenciais e alocação de recursos com base na oferta existente, não teve êxito na criação de mecanismos permanentes de integração e coordenação de ações no sistema de saúde.

A definição da região de saúde metropolitana instituída na última versão do PDR, em desalinho com a região metropolitana legal, envolvendo apenas os municípios conurbados com Natal, visou amortecer a polarização e a concentração de ações e serviços já reinante na Capital. Contudo, a endogenia que tem imperado na gestão da saúde em cada um dos municípios envolvidos com seus agudos problemas e a ausência de uma agência de operação de iniciativas conjuntas se constituíram em limites para a implementação da região de saúde metropolitana. Mas, ao longo de 2013, os gestores dessa região assumiram a iniciativa e puseram a funcionar a CIR metropolitana que tem se reunido com regularidade, com a participação da SESAP, retomando o processo de estruturação da instância e o debate sobre a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde.

Ao longo desses 10 meses foram aprovados os desenhos das redes de atenção em urgência e emergência, saúde mental, pessoas com deficiência, rede cegonha, e se promoveram debates sobre temas de interesse dos municípios metropolitanos, inclusive sobre a atualização da atual PPI. Com isso se alimentou o debate e a perspectiva de fortalecimento da solidariedade e da cooperação entre os entes federados na região metropolitana - incluído o Estado - com perspectivas animadoras para o fortalecimento da região de saúde no âmbito da discussão do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Estamos convictos que os frutos do trabalho desenvolvido em 2013 produzirá resultados ao longo de 2014 e propiciará o avanço na organização das redes de atenção integradas na região metropolitana de Natal.

8ª REGIÃO DE SAÚDE

Por *Lucianny Edja Guerra de Macena, Secretária Municipal de Assu, Vice-Presidenta e Coordenadora da VIII CIR*



A Regionalização é um princípio organizacional do SUS e a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Pacto pela Saúde 2006, é o eixo estruturante de uma de suas três dimensões – Pacto de Gestão do SUS, caracterizando a orientação e construção de Regiões de Saúde, resultando nas ações e serviços organizados, potencializando o processo de planejamento.

Na 8ª Região, a regionalização está a cada dia mais fortalecida, onde participamos diretamente nas construções das redes de atenção à saúde, bem como, nos monitoramentos dos indicadores e orientações quanto à atuação nos programas vinculados ao

Ministério da Saúde. Onde as reuniões da CIR acontecem mensalmente em regime itinerante com a presença do Prefeito anfitrião, técnicos da II URSAP/SESAP dando o total apoio institucional no processo de pactuação, capacitações e discussões. Há uma participação em média de 90% dos secretários nos encontros.

Sendo expressamente reconhecida como uma região altamente organizada e atuante, onde realizamos no último dia 19 de setembro uma audiência pública, com a participação efetiva de um Deputado Federal e dois Estaduais, Secretário de Estado, Técnicos da SESAP, Prefeitos, Vereadores, Secretários Municipais de Saúde, Diretores de Hospitais Regionais, controle social e principalmente a população, discutindo melhorias em prol dos serviços oferecidos na região.

Esperamos a consolidação do papel das redes de atenção à saúde, fortalecendo assim os serviços em nível Regional e Municipal. Contudo, a região anseia pela instalação de uma Unidade Regional de Saúde Pública, facilitando o acesso entre a Região e o Estado. Estamos trabalhando as redes Cegonha, da pessoa com Deficiência e de Urgência e Emergência. Vamos começar a trabalhar a rede Psicossocial e Doenças Crônicas.

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO RN

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Norte (COSEMS/RN), continua acompanhando o desenvolvimento do trabalho executado pelas equipes de saúde dos municípios do Estado, com o intuito de conhecer e divulgar as experiências bem sucedidas como forma de troca de conhecimentos e de aprimoramento das práticas assistenciais ofertadas pelo Sistema de Saúde Potiguar.

Neste sentido, a equipe técnica selecionou dez experiências exitosas elaboradas e desenvolvidas – entre 2012 e 2013 - pelos municípios de Assu, Goianinha, José da Penha, Macaíba, Major Sales, Mossoró, Parnamirim, Riachuelo, São Miguel do Gostoso e Tibau do Sul, e as exibimos durante o 'XXIX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde' e o 'X Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência', ambos promovidos pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entre os dias 07 e 10 de Julho em Brasília-DF.

Considerando ser esse um momento ímpar de discussões e revisões de alguns processos de trabalho devido ao momento histórico e de transformações sociais

em que vive o Brasil, tornou-se oportuno a socialização destas iniciativas exitosas, mostrando ser possível implementar o cuidado à saúde com a qualidade e o respeito que os usuários merecem, em um rico processo coletivo de construção de um sistema baseado na realidade local e em suas adversidades, na perspectiva de uma saúde mais inclusiva e acessível ao cidadão. É importante destacar que o projeto 'PEP AQUI TEM SUS' desenvolvido pelo município de Parnamirim, foi escolhido como a experiência exitosa vitoriosa do Norte/Nordeste – dentre as 160 apresentadas, durante o XXIX Congresso do CONASEMS.

O desejo do COSEMS/RN é que esta publicação possa potencializar a disseminação das informações aqui elencadas, bem como, reforçar a importância da troca de experiências entre os diversos atores que compõem o SUS do Rio Grande do Norte e, ao mesmo tempo, engrandecer e reconhecer o potencial dos profissionais que não se rendem as precariedades e dificuldades cotidianas que rondam a rede de saúde e buscam, com muita criatividade, fazer a diferença e mostrar que tudo é possível quando há empenho e qualificação daqueles que fazem e constroem diariamente, o sistema público de saúde municipal.

PARNAMIRIM/RN: EXPERIÊNCIA EXITOSA DO NORTE/NORDESTE, VENCEDORA NO XXIX CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO CONASEMS.



'PEP AQUI TEM SUS'



Projeto: 'PEP AQUI TEM SUS'. Autor: Paulo Henrique Meireiros Cardoso. Co-Autores: Bianca Negrelly Saraiva, Dilmar Felipe Pereira, Maria da Apresentação Nascimento da Silva, Maria Nayran Andrade da Silva, Robson Gomes da Silva, Suerde Cosmo de Almeida.

A equipe de Saúde Prisional do município iniciou suas atividades na Penitenciária Estadual de Parnamirim há aproximadamente três anos, e por ser pioneira no estado, não havia estrutura física e organizacional para desenvolver as atividades. Os principais obstáculos encontrados foram: a falta de estrutura física; de recursos humanos; de insumos; de humanização do sistema penitenciário; de indicadores de saúde; e de um fluxograma para atendimentos.

Diante da realidade vivenciada nos primeiros meses de atividades, foi priorizado a criação de uma dinâmica de assistência à saúde, levando em conta à especificidade do público, como também a implementação da integralidade das ações e projetos de reintegração social. Parcerias

foram estabelecidas e pactuadas entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Parnamirim, com a Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com o Ministério da Saúde (MS) e voluntários.

Além da equipe formada por médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, psicólogo e assistente social, a equipe conta com acesso a rede de atendimento municipal e estadual para consultas com especialistas e exames de média e alta complexidade disponíveis na rede. Atendendo a necessidade da política de saúde prisional e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a equipe permaneceu exercendo suas atividades de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), visando os direitos dos privados de liberdade no sistema prisional como rege a Constituição de 1988. O projeto 'PEP AQUI TEM SUS', tem o objetivo de oferecer assistência integral, resolutive e contínua, as pessoas privadas de liberdade de acordo com os princípios do SUS.

Assú/RN

PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: AVANÇOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS



Projeto: Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino: Avanços, Desafios e Perspectivas. Autor: Alexandre Bezerra Silva. Co-Autores: Adriana Meire Ferreira de Sousa; Ana Lúcia de Oliveira Pereira; Cícera de Souza Padilha; Francineide Soares Lopes.

O projeto 'PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: AVANÇOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS' promoveu a prevenção e controle do câncer cérvico/uterino; buscou mulheres de 25 a 64 anos que nunca realizaram o exame de citologia oncológica; e realizou 80% dos exames de colpocitologia oncológica nas mulheres

adscritas na Unidade de Saúde da Família (USF) Dom Eliseu em Assú. Para isso, foram realizadas palestras nas escolas, associações e outros espaços - como rádio e blogs - com o intuito de alertar a população feminina sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo do útero. Para cada ação voltada para a realização do exame citopatológico a equipe reuniu-se e analisou os aspectos positivos e negativos das mesmas. Esse projeto fez com que a USF Dom Eliseu, no ano de 2012, tenha se destacado como a Unidade que mais realizou exames citopatológico do colo do útero no município do Assú.

Goianinha/RN



QUALIDADE DE VIDA X QUALIDADE NO TRABALHO – APOIO MATRICIAL AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE



Projeto: QUALIDADE DE VIDA X QUALIDADE NO TRABALHO – APOIO MATRICIAL AOS AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE. Apresentadora do trabalho: Ângela Gertrudes de Lima Souza Küng. Co-Autores: Ângela Gertrudes de Lima Souza Kung, Aquilles Jafferson Philipe Rudsonn Rhakovysk Delano Zandoque de Oliveira Costa Melo; Cynthia Jullianny Rocha da Silva Pessoa; Fabiana Soares Bezerra; Flávia Maria Chaves Machado; Melissa de Oliveira Araújo e Rachel Moraes Cordeiro.

Este projeto priorizou a dimensão do conceito da educação permanente, favorecendo uma ação intertransdisciplinar na construção do Projeto de Saúde da Família (PSF)

e objetivou explicar como a formação de um grupo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pode intervir no ambiente de trabalho como estratégia de promoção da saúde do município, priorizando a qualidade de vida desta categoria. Durante os encontros, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) buscou diversificar suas ações, com o intuito de contemplar o indivíduo em suas subjetividades. A formação do grupo sinalizou a importância do trabalho em equipe e ofereceu um espaço de escuta qualificada que construiu um elo de comprometimento e motivação entre os ACS e os usuários da Estratégia de Saúde da Família, proporcionando assim, melhorias na qualidade das ações em saúde.

José da Penha/RN



“VIVER COM SAÚDE – LUTA DE TODOS: AMPLIANDO ESPAÇOS, CONSTRUINDO CONHECIMENTOS, PROMOVENDO SAÚDE”



Projeto: “Viver com Saúde – Luta de Todos: Ampliando Espaços, Construindo Conhecimentos, Promovendo Saúde”. Apresentador do Trabalho: Francisco Glérison Vieira; Co-Autoras: Andrezza Karine Araújo de Medeiros Pereira e Maria Neuman de Azevedo.

O projeto ‘VIVER COM SAÚDE – LUTA DE TODOS: AMPLIANDO ESPAÇOS, CONSTRUINDO CONHECIMENTOS E PROMOVENDO A SAÚDE’ visou fomentar ações desenvolvidas junto à sociedade local, promover o surgimento de novos grupos e estimular novas iniciativas e estratégias que proporcionem uma cobertura à população das áreas central e periféricas de José da Penha. Neste sentido, o projeto buscou no eixo da ati-

vidade física e da prática corporal, implementar ações na perspectiva da clínica ampliada e fundamentada nos alicerces que embasam a Política Nacional de Promoção à Saúde. O projeto envolveu parcerias entre vários atores e instituições dentre os quais: Gestor Municipal; Equipes de Saúde da Família; Equipes de Saúde Bucal; Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF; Agentes Comunitários de Saúde; Educador Físico; Nutricionista; População inserida nas ações; Secretaria Municipal de Saúde, Assistência Social, Educação, Finanças e Infra-estrutura; Conselho Municipal de Saúde, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Igrejas Católica e Evangélica; e Associações Comunitárias.

Macaíba/RN



4º OBJETIVO DO MILÊNIO: TRABALHANDO A DESNUTRIÇÃO INFANTIL



Projeto: 4º OBJETIVO DO MILÊNIO: TRABALHANDO A DESNUTRIÇÃO INFANTIL. Autora: Alessandra Pinheiro de Paula. Co-autoras: Renata Dutra Simpício e Silvana Cosme Pereira.

O projeto ‘4º OBJETIVO DO MILÊNIO: TRABALHANDO A DESNUTRIÇÃO INFANTIL’ teve como base preliminar, contribuir na redução dos indicadores de desnutrição do município. Dados referentes a 2007 retirados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), apontaram um percentual de 5% de crianças - com menos de dois anos - abaixo do peso. Partindo desse pressuposto, as

ações de promoção à saúde da criança, tornou-se o eixo norteador deste projeto. Para tanto, foram oferecidas às crianças desnutridas - entre seis meses e sete anos de idade -, uma assistência integral de saúde que proporcione uma melhor qualidade de vida, culminando com o ganho ponderal de peso. O projeto contou com a parceria público-privada que contribuiu de maneira bastante salutar neste processo e sabendo que um dos fatores contribuintes da desnutrição infantil é a baixa escolaridade materna e o baixo poder aquisitivo das famílias, o projeto promoveu uma assistência do ponto de vista social à família.

Major Sales/RN



“2ª SEMANA DO BEBÊ DE MAJOR SALES - BEBÊ CUIDADO, BEBÊ SAUDÁVEL É UM BEBÊ FELIZ”



Projeto: 2ª Semana do Bebê de Major Sales/RN. Apresentadora do Trabalho e Secretária Municipal de Saúde: Ângela Wilma Rocha.

Promulgada através da Lei Municipal nº 195/2012 de 21 de Agosto de 2012 – a ser realizada sempre na última semana do mês de Novembro -, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Major Sales, adotou como estratégia a realização anual da ‘Semana do Bebê’. Neste período, a SMS realizou uma semana com programação diversificada que atendeu crianças, gestantes,

puérperas e profissionais que trabalham com este público. A “2ª SEMANA DO BEBÊ DE MAJOR SALES - BEBÊ CUIDADO, BEBÊ SAUDÁVEL É UM BEBÊ FELIZ”, foi realizada no período de 26 a 30 de Novembro de 2012 e teve como objetivo, disseminar ações que buscaram melhorar as condições de vida da criança, da gestante e da puérpera, fortalecendo também, a implantação da ‘Rede Cegonha’ no município. A iniciativa contou com a realização de palestras, oficinas, concursos, dramatizações, programas de rádio, passeatas, feira de saúde, entre outros.

Mossoró/RN

‘ESPAÇO DA PALAVRA - GRUPO DE APOIO AO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO’



Projeto: Espaço da Palavra - Grupo de Apoio ao sujeito em sofrimento psíquico. Autor: Maria Tereza Holanda. Co-Autores: Adriana Moura Bezerra dos Santos, Everton Notre Castro da Silva, Damiana Francisca da Silva e Valnubya Costa Fernandes.

Este projeto trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que tiveram como cenário as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Dr. José Holanda Cavalcante e Vereador Lahyre Rosado no município de Mossoró. O grupo denominado ‘Espaço da Palavra’ foi uma iniciativa do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em

parceria com as UBS's e teve como meta, oportunizar o diálogo franco e aberto com escuta qualificada entre equipe e comunidade, especificamente, com os sujeitos dependentes de psicotrópicos por insônia que tenham evoluído para a dependência. As atividades iniciaram em setembro de 2012 com reuniões semanais e se estenderam até Abril deste ano (2013), como forma de fortalecer o vínculo de confiança entre os profissionais e os usuários. O objetivo deste trabalho foi apresentar a experiência com formação de um grupo de apoio a sujeitos em sofrimento psíquico por uma equipe da ESF do município.

Riachuelo/RN



INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES DA EMPRESA NATAL BRITA

Projeto: Intervenção PARA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES DA EMPRESA NATAL BRITA. Apresentador do trabalho: Hiclé Jéssica dos Santos Araújo; Co-Autores: Maria das Vitórias Ferreira; Pollyana Araújo de Medeiros; Aldenira Joacla Caetano da Silva e Josian Cândido da Silva.

O desenvolvimento deste projeto sucedeu a partir de visitas realizadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Riachuelo a empresa 'Natal Brita'. Após as primeiras visitas, foi detectada a necessidade de uma intervenção, pois, a maioria dos trabalhadores não conheciam os cuidados em relação à saúde e segurança no trabalho. Para

o desenvolvimento desta ação, a equipe da ESF contou com a autorização do gerente da 'Natal Brita' para que pudessem ser realizadas atividades interativas com funcionários, com o intuito de alertar sobre problemas causados ao ser humano profissional em britagem. Foram distribuídos panfletos e preservativos masculinos; foi realizados testes de glicemia capilar e a aferição da pressão arterial, como também, a imunização contra o Tétano e a Hepatite B nos funcionários. A atuação frequente da Estratégia Saúde da Família foi fundamental para a promoção a saúde e prevenção/redução de agravos potenciais entre aqueles trabalhadores que não podem se ausentar do ambiente de trabalho para buscar assistência de saúde.

São Miguel do Gostoso/RN



SESSÃO ITINERANTE: EXECUTIVO, LEGISLATIVO, AÇÃO SOCIAL, SAÚDE E EDUCAÇÃO, JUNTOS NA ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO DA ZONA RURAL

Projeto: Sessão Itinerante: Executivo, Legislativo, Ação Social, Saúde e Educação, juntos na assistência à população da zona rural. Apresentadora do Trabalho: Maria Teresa Teixeira Neri. Co-Autora: Maria Izabel dos Santos Nogueira.

Durante algum tempo, se observou que as comunidades da zona rural pouco participam das atividades desenvolvidas pelo executivo, legislativo e pelas secretarias municipais de São Miguel do Gostoso. Numa tentativa de chamar a população para interagir, a Câmara Municipal de Vereadores e demais instâncias - secretária de saúde,

educação, ação social - montaram uma estratégia de levar as sessões da câmara e atividades das demais secretarias até a zona rural do município. Durante a 'Sessão Itinerante', além de ser realizada a reunião da Câmara de Vereadores, são oferecidos serviços de saúde, educação e ação social, como forma de aproximação dos diversos setores envolvidos e a comunidade. As reuniões constantes de planejamento, avaliação e monitoramento das atividades e o pensamento convergente para o melhoramento da atenção a população rural, fortalecem a sustentabilidade e a permanência desta prática ao longo do tempo.

Tibau do Sul/RN



HOME CARE ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES ACAMADOS – PIPA/TIBAU DO SUL/RN



Projeto: HOME CARE ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES ACAMADOS – PIPA/TIBAU DO SUL/RN. Autora do Projeto: Wanessa Maria Bezerril Lourenço. Co-autora: Maria Esmeralda Rocha.

O desejo de trabalhar com idosos, pessoas acamadas e/ou pacientes com necessidades especiais que frequentemente apresentam dificuldades de se deslocar até as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) para avaliação, tratamento ou acompanhamento, gerou o estímulo para realizar o atendimento

clínico odontológico domiciliar e, conseqüentemente, a criação do projeto 'HOME CARE ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES ACAMADOS'. A praia de Pipa, um dos maiores destinos turísticos do Brasil, apresenta uma geografia incompatível para o acesso deste público as UBS's, para isso, as equipes de saúde bucal vão aos domicílios dos pacientes para realizarem o atendimento e acompanhamento necessário - aplicando técnicas pouco invasivas, porém, eficazes no combate aos agravos em saúde bucal – e, com isso, proporcionar uma melhor qualidade de vida a este público.

'MAIS MÉDICOS' NO RIO GRANDE DO NORTE

Por Uíacy Alencar
(Coordenadora do Programa 'Mais Médicos'
no Rio Grande do Norte)

Assim como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PMAQ/AB), o programa 'Mais Médicos', veio para garantir o direito da população ao acesso e qualidade dos serviços de saúde. O 'Mais Médicos' faz parte de um grande pacto da saúde do governo federal para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, levando profissionais médicos para atuar na Atenção Básica (AB) nas regiões brasileiras onde há escassez dos mesmos. O programa vem acompanhado de outras estratégias como a abertura de mais cursos de medicina, como também de mais vagas para as residências médicas e investimentos na estrutura física para AB.

As vagas foram oferecidas com prioridade para médicos brasileiros e no caso do não preenchimento o programa absorveu médicos estrangeiros. Atualmente no Brasil, existem apenas 1,8 médicos por mil habitantes e 22 estados possuem número de médicos abaixo da média nacional. O Rio Grande do Norte apresenta apenas 1,23% de médicos por mil habitantes, menor que a média nacional. Sendo assim, para a população do RN de 3.310.550 hab, se faria necessário a implantação de 1.612 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), em detrimento as 948 já em atuação, tendo um déficit de 644 médicos para a complementação dessas equipes.

Os municípios acolhedores são responsáveis pela moradia e alimentação desses médicos, e aqui no estado, estes estão sendo supervisionados pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Durante a execução do programa, os profissionais cursarão especialização em AB e em Saúde da Família. A reabertura de novas turmas do curso de medicina - em Caicó, Currais Novos e Santa Cruz pela UFRN e em Mossoró pela UFRSA - obedece a uma lógica de discutir o projeto político pedagógico com foco no fazer SUS que fortalece e qualifica o fazer profissional, gestão e usuários da AB no município.

O COSEMS/RN foi o grande articulador no processo de adesão dos municípios ao 'Mais Médicos' onde 116 dos 167 realizaram a adesão. No primeiro ciclo, 19 municípios receberam 43 médicos – sendo 25 brasileiros e 18 estrangeiros. No segundo ciclo, 14 municípios receberam 26 médicos – sendo 07 brasileiros e 19 estrangeiros. Os médicos estrangeiros são de diversas nacionalidades, porém o foco é dado para os profissionais cubanos que chegam ao país devido à cooperação técnica entre o Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). No primeiro e segundo ciclo formaram 69 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), garantiram que 207 mil pessoas do estado tenham atendimento adequado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em seus municípios.

O Programa 'Mais Médicos' vem reforçar o papel do Estado de coordenar a construção das redes de atenção à saúde. Nesse contexto foi instituída a Portaria Estadual no 177 GS, de Abril de 2013 que institui a comissão estadual do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) - hoje também 'Mais Médicos' - com objetivo de prestar apoio institucional a gestão municipal no processo de implantação, acompanhamento e qualificação do Programa, como também, no processo de ampliação e consolidação da ESF.

O grande avanço que a sociedade terá é a garantia dos direitos constitucionais do acesso aos serviços de saúde através do preenchimento dos vazios assistenciais na Atenção Básica; O aprimoramento da formação médica, assegurando maior experiência da prática no SUS, aperfeiçoando seu conhecimento sobre a realidade da saúde em seu território; Os recursos para investimento, através de reformas, ampliações e construções qualificando a ambiência das UBS e equipamentos. O maior desafio será a mudança da cultura de uma política interfederativa individual para uma gestão colegiada focada numa responsabilização tripartite, além de promover uma agenda conjunta de saúde voltada para o território, fortalecendo a estratégia saúde da família.



Mais Médicos - Chegada dos Médicos Estrangeiros na Base Aérea de Natal - RN

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PMAQ NO RN



Por Ana Tânia Lopes Sampaio, Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN e Conselheira Federal de Enfermagem e Paulo de Medeiros Rocha, Chefe do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN e Coordenador geral do PMAQ.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica- PMAQ/AB foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011 e teve como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. O programa tem quatro fases distintas: 1ª) Adesão e contratualização dos municípios; 2ª) Autoavaliação das equipes de AB que aderiram ao Programa; 3ª) Avaliação externa: pesquisa de campo realizada por instituições de ensino e pesquisa; e 4ª) Reconstrução com sequencia no monitoramento dos indicadores.

O PMAQ teve seu primeiro ciclo de atividades desenvolvido nos anos de 2011-2012 com adesão de 71,4% dos municípios brasileiros e agora em 2013-2014 terá o segundo ciclo de atividades com adesão de 93%. A Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) foi uma das seis instituições no Brasil contratualizadas para desenvolver a avaliação externa (Fase 3), assumindo a coordenação do processo nos municípios do Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí, sob a responsabilidade dos professores Paulo Rocha, Alice Uchoa e Themis Xavier.

No RN a pesquisa de campo do PMAQ ficou sob a coordenação de Ana Tânia Sampaio. No Estado, durante o primeiro ciclo da pesquisa, 115 municípios aderiram ao PMAQ. Foram aplicados 3.147 questionários; sendo visitados todos os 167 municípios com recenseamento de 1.085 Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando o Programa de Requalificação das UBS, em todo o Brasil, a partir de 2014. Foram avaliadas 412 equipes de Atenção Básica, com 1.650 usuários entrevistados. A logística do trabalho foi organizada tomando como base a realidade geográfica e política do RN e contou com a parceria fundamental do COSEMS/RN.

Já no 2º ciclo, 99,9% dos municípios do Rio Grande do Norte (RN) aderiram. A UFRN já realizou duas reuniões com gestores e uma oficina de planejamento do trabalho de campo com participação dos gerentes das URSAP's e representação do COSEMS. Dessa vez, serão visitados 166 municípios e avaliadas 862 equipes de AB, 792 equipes de Saúde Bucal e 57 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Todas as providências estão sendo tomadas pela equipe de avaliadores para início desses trabalhos nos municípios ainda em 2013.

AVALIAÇÃO DO DIÁLOGO TEMÁTICO EDIÇÃO 2013

Sintonizado com diretriz nacional de qualificação permanente do corpo de gestores e técnicos que atuam no Sistema Único de Saúde nas terras potiguares, o COSEMS/RN reeditou o DIÁLOGO TEMÁTICO, propiciando um espaço de construção e compartilhamento coletivo de saberes e práticas no âmbito da gestão do sistema.

A temática central abordou o Ciclo de Planejamento Estratégico e Participativo em Saúde do RN, focalizando discussões a respeito dos compromissos sanitários assinalados na normatividade vigente, em especial o Decreto nº 7.508/2011 e Lei Complementar nº 141/2012, destacando ainda, a celebração do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde – COAP.

Para cumprimento dessa empreitada foi necessária articulação de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP e o COSEMS/RN, com recursos oriundos da Gestão Estratégica e Participativa do MS.

Organizada em dois dias de exposições, debates e atividades de cunho prático, contou com aproximadamente 400 participantes, entre gestores e profissionais membros de equipes gestoras, tanto das SMS quanto das unidades regionais (URSAP), distribuídos em 5 eventos descentralizados por região de saúde, adensando um quantitativo médio de 40 participantes por cada um dos encontros, realizados entre julho e agosto de 2013, contabilizando 12 horas de intensa discussão e produção técnico-operativa.

Foi desenvolvido um instrumento de avaliação que aferiu o nível de satisfação de cada participante, compondo-se de formulário no qual eram induzidas respostas em gradação de escores que variavam entre ótimo, bom, regular e ruim. Os quesitos avaliados eram: alcance de objetivos propostos (item 1), conteúdo utilizado (item 2), metodologia utilizada (item 3), clareza das explicações (item 4), incentivo/estímulo para participação das atividades (item 5), qualidade do material didático

(item 6), articulação teórico-prática (item 7) e atuação dos colaboradores/instrutores (item 8).

Ao final do instrumento foi disponibilizado um campo de livre preenchimento no qual se registrou opiniões da clientela que participou do diálogo, visando ajustamentos futuros e consolidação de novas iniciativas do gênero.

Os resultados obtidos da tabulação dos dados coletados podem ser assim explanados:

- Do universo de participantes, cerca de 400 pessoas, aproximadamente 30% preencheu e entregou o inquérito avaliativo, somando 117 respondentes;
- Não houve qualquer referência para o escore RUIIM em nenhum dos itens avaliados;
- Com relação ao escore ÓTIMO, sua frequência foi mais evidente na avaliação dos colaboradores e instrutores dos encontros, sendo 91% das respostas obtidas no quesito;
- No que se refere ao item que versava sobre a articulação teórico-prática, o escore BOM esteve presente em 39% das respostas;
- O escore REGULAR foi mais referido para o item estímulo à participação, representando 4% desse contexto do evento.



Passando a analisar as inserções do quesito formulado em campo aberto, intitulado "observações", 50 entrevistados apresentaram suas opiniões, que foram adensadas em sugestões, críticas e recomendações.

Tabela 1. Consolidado geral das observações dos participantes do Diálogo Temático 2013 COSEMS/RN.

REGIÃO	OBSERVAÇÕES	FREQ
1ª	Elaborar manual com orientações sobre blocos financiamento .	5
	Realizar outro evento sobre blocos de financiamento	1
	Realizar outras iniciativas relacionadas a projetos e sua execução.	1
	Rever valor da diária, oferecer hospedagem com alimentação.	1
	Qualidade de apresentações de grande valia concreta.	1
	Utilizar mais dinamismo para tratar de assuntos complexos	1
	SUBTOTAL 1	10
3ª E 7ª	Aumentar dias de encontro para melhor proveito	2
	Possibilidade de hospedagem para participantes	1
	Mais encontros produtivos para a gestão	1
	Momento importante pela velocidade mudanças	1
	SUBTOTAL 2	5
2ª E 8ª	Abordar gerenciamento de recursos e financiamento	2
	Pouco tempo e apresentações rápidas	2
	Tornar mais frequentes esses momentos (qualificam a gestão)	2
	Assuntos complexos de serem assimilados e tratados com outros	1
	Possibilidade de hospedagem	1
	Oferecer almoço durante diálogo	1
	Procurar local com melhor ambiência	1
	Agregação de valor para desenvolvimento do SUS	1
	SUBTOTAL 3	11
5ª	Momento urgente com prefeitos, secretários de finanças e contadores	1
	Continuidade para os debates sobre inovações sistemas do SUS	1
	Dar continuidade a eventos como esses	1
	Necessidade de mais estudos temáticos	1
	Não incluir sábados	1
	Estimular participação do gestor municipal	1
	Realizar cursos de aperfeiçoamento permanentes	1
	SUBTOTAL 4	7
	4ª	Tempo curto para tantas informações
Continuidade das capacitações para melhorar desempenho		2
Bastante produtivo e necessário se repetir		1
Dificuldade de conhecimento de questões novas		1
Mais participação de técnicos para descentralizar		1
Não houve coordenação do tempo para cumprimento de atividades		1
SUBTOTAL 5		8
6ª	Realizar mais encontros como esses para colaborar com a gestão	2

Fonte: Formulários de avaliação dos Diálogos Temáticos. Julho a Agosto/2013.

Em face do exposto, pode-se aferir que a avaliação, de modo geral, foi bastante satisfatória, uma vez que, revelou uma predominância de respostas positivas, reforçando que os diálogos temáticos representam um excelente espaço de qualificação dos gestores e técnicos da saúde, justificando sua continuidade.

Luis Odorico Monteiro de Andrade é cearense, Doutor em Saúde Pública com grande experiência na organização do sistema de saúde e conhecedor das peculiaridades da região nordeste. Vem atuando na gestão do SUS há mais de 20 anos. Hoje, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, coordena as ações da implantação do Decreto 7.508/2011, trazendo para o SUS a institucionalização jurídica, administrativa e sanitária, necessária à sua organização.

Embora, com uma extensa agenda de compromissos, cedeu espaço para conversar com o COSEMS/RN, em uma entrevista sobre temas importantes, principalmente aqueles relacionados à construção do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) em ampla discussão no estado do Rio Grande do Norte.



LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE
SECRETÁRIO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

1 – O Decreto 7.508/2011 tem como um dos seus objetivos, o acesso das pessoas à Atenção à Saúde de qualidade em tempo adequado. Em que medidas o Senhor, visualiza que conseguimos avançar nesses dois anos?

A assinatura do Decreto 7.508/11, que regulamenta a Lei 8080/1990, por si só, é um dos grandes avanços conquistados para a saúde pública brasileira logo no início da gestão da presidenta Dilma Rousseff. Com ele, temos um instrumento para vencer as desigualdades regionais no atendimento à população, já que a gestão compartilhada e solidária do SUS é o seu princípio fundamental. Com o Decreto, criamos as 435 regiões de saúde brasileiras e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), importante ferramenta para melhorar a governança do SUS e definir, por meio da pactuação da oferta de serviços e metas, os papéis da União, Estados e Municípios na gestão do Sistema. Isso sem mencionar outras conquistas importantes que vieram com o Decreto, como o estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que devem ser ofertados a todos os pacientes.

Nesses dois anos, construímos as bases para que os Contratos de Ação Pública sejam assinados em todo o país. A caminhada é longa e a construção é coletiva, mas estamos avançando gradativamente e, até o meio do ano que vem, teremos novos contratos sendo assinados em diversos estados. Já temos contratos assinados em 20 regiões de saúde do Ceará e nas duas regiões de saúde do Mato Grosso do Sul. As discussões e pactuações em São Paulo, Tocantins, Alagoas, Rio de Janeiro, Roraima e Paraná já estão em curso e estamos trabalhando uma agenda para a assinatura dos contratos também nas oito regiões de saúde do Rio Grande do Norte até fevereiro de 2014.

Numa reunião que tivemos em Brasília, o Secretário de Saúde de Natal, Cipriano Maia, se mostrou bastante entusiasmado com o COAP e garantiu que o Rio Grande do Norte construiu um arcabouço de entendimento entre todos os entes: secretários municipais, Conselho Estadual e Governo. O COAP, hoje, é uma realidade bem aceita por todos.

2 – De forma concreta, como o Senhor vê a possibilidade do COAP, em reduzir as desigualdades regionais e locais?

Cerca de 70% dos municípios brasileiros possuem menos de 20 mil habitantes. Como os serviços de saúde são regionalizados por território e escala de demanda, a maioria das cidades brasileiras precisa estabelecer uma relação solidária com suas vizinhas para que o atendimento oferecido ao cidadão seja integral e universal.

Neste sentido, o COAP define as responsabilidades e metas a serem cumpridas e alcançadas por cada ente federado, partindo do pressuposto a realidade de cada município, tanto do que ele pode ofertar, quanto do que pode demandar da rede.

É a partir deste princípio da equidade na discussão das responsabilidades dos gestores do SUS que ele pode contribuir para que o cidadão do menor município possa ter acesso em tempo oportuno a serviços mais facilmente ofertados a cidadãos de grandes cidades, desde a realização de exames ao tratamento de doenças mais graves.

O Rio Grande do Norte tem 167 municípios, ou seja, 167 operadores sistêmicos. Desses, mais de 100 têm menos de 10 mil habitantes. Não dá para todos eles ofertarem todo tipo de serviço. É preciso que estejam organizados em regiões. Mesmo que Natal tivesse todos os recursos financeiros, não resolveria seus problemas da Saúde. É

preciso se articular em regiões de Saúde para que vários problemas sejam sanados.

3 – Qual a expectativa da SGEP para o ano de 2014, no avanço da implantação do COAP, considerando ser um ano de Eleições e Copa do Mundo?

De 2 em 2 anos temos eleições, mas o planejamento da saúde não pode ser pensado e reiniciado a cada dois anos. Ele precisa ser feito de forma estratégica, com ações de curto, médio e longo prazo. A lógica do COAP segue a lógica do PPA e dos planos de saúde, onde o atual gestor precisa executar o último ano do plano da gestão anterior para dar continuidade à ações da saúde. Em 2012 assinamos o contrato com 2 estados, Ceará e Mato Grosso do Sul, em 2013 estamos com expectativas de assinaturas nos estados de Alagoas, Paraná e Roraima. É importante ressaltar que todos os estados estão discutindo e organizando o seu COAP, na medida em que quando se discute a elaboração do plano municipal de saúde, quando se faz a pactuação das metas do SISPACTO, quando se discute o processo de regionalização, o fortalecimento da Comissão Intergestores Regional (CIR) e a revisão de programações, os estados estão discutindo e elaborando o COAP. Por isso temos uma boa expectativa de assinaturas de diversos Contratos este ano e também em 2014.

4 – Como garantir que o COAP não se constitua como um elemento de pressão para judicialização do Sistema?

É importante ressaltar que o COAP não traz nenhuma responsabilidade nova para os gestores, e sim maior transparência sobre as responsabilidades já postas aos gestores do sistema. Estamos trabalhando na construção do Protocolo de Auditoria para o COAP, que orientará o Sistema Nacional para a auditar os Contratos, como também discutindo o processo de avaliação de desempenho para premiar os gestores das regiões onde o atendimento das responsabilidades postas no COAP forem atendidas. Conforme a cláusula 15 – Sanções Administrativas, todo não cumprimento de responsabilidades por parte dos gestores

será objeto de discussão, pactuação e regularização na CIR.

5 – No novo contexto das relações interfederativas, num redesenho de Redes Regionais, dentro de uma Agenda Tripartite, quais as soluções efetivas para o desafio do financiamento das Redes?

Como o SUS é tripartite, quando falamos de financiamento é preciso ter clareza de como está o financiamento do Sistema, a parte III do COAP dá uma visão regional do financiamento. Quando todas as regiões tiverem assinado o COAP, teremos maior clareza de quanto realmente está faltando e onde realmente precisamos investir mais. Por outro lado, temos um avanço considerável, tanto no financiamento dos programas e projetos, como também com o processo envolvendo as redes. A Lei Complementar 141/2012 aponta para o desafio de definir critérios de rateio de recursos tanto federais, quanto estaduais, com base em critérios epidemiológicos, geográficos, socioeconômicos, que devem ser aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. Dessa forma, acredito que possamos reparar algumas iniquidades.

6 – Estudos e vivências mostram que o Financiamento do SUS representa um entrave central para um melhor funcionamento do nosso Sistema Público de Saúde. Quais as estratégias adotadas, mediante a assinatura do COAP, para superar esta dificuldade?

O COAP traz a discussão do financiamento para dentro de uma região de saúde, fazendo uma reflexão das necessidades do sistema do ponto de vista daquela região e aproximando a discussão de investimento dentro da realidade mais próxima de onde está o problema. Com o COAP, fazemos com que os gestores, por intermédio das CIR, se sintam partícipes de um plano de investimento, seja com recursos municipais, estaduais ou federais.

7 – A falta de capacidade gerencial é um problema que perpassa todos os níveis do sistema de saúde, manifestando-se nos mais diversos problemas ge-

renciais de planejamento na gestão de pessoas, de material, econômica e na gestão da clínica. Quais as diretrizes apontadas pelo Decreto 7.508/2011, com vistas para orientar mudanças na gestão do SUS?

O planejamento e a reorganização sistêmica do SUS perpassam todo o conteúdo e diretrizes do Decreto 7508/11. Dentro de todo o documento, posso destacar quatro pontos centrais que têm preponderância sobre o planejamento que melhora a capacidade gerencial do Sistema.

O primeiro é o da organização do SUS, que define o conceito de regiões de saúde e da importância da construção de uma rede regionalizada e hierarquizada, definido as portas de entradas das redes. O segundo ponto é a importância do processo de planejamento da saúde, com a construção do Mapa da Saúde como orientador de um planejamento integrado dos entes.

O terceiro ponto é o da Assistência à Saúde, criando as relações de medicamentos e ações e serviços, RENAME e a RENAME, que já havia mencionado no início desta entrevista e que esclarecem para os gestores e tornam transparente para todos os cidadãos o que o SUS pretende oferecer. O quarto e último ponto diz respeito à importância da articulação interfederativa. É aí que entra o COAP, como o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa. Em todos estes quatro pontos, fica clara a importância que as discussões e pactuações para o SUS em cada região de saúde, não apenas aproximam os municípios e fortalecem as relações entre eles, mas também possibilitam o protagonismo dos gestores de municípios de pequeno porte.

8 – O que o Senhor vê como limites e possibilidades na Gestão Participativa no SUS?

A construção de uma cultura de gestão que prime pela participação é um desejo contemporâneo que pressupõe, acima de tudo, a vontade dos atores sociais em

compartilhar propostas, conhecimentos e resultados. Neste sentido, os limites vinculam-se à institucionalização deste como prática cotidiana por meio da formação das equipes gestoras, da construção de agendas ativas e vivas, além de espaços onde seja possível a prática do diálogo. As possibilidades vinculam-se à própria lógica da construção do SUS, que nasceu sob a égide da participação e da discussão com a sociedade.

Precisamos qualificar e aproveitar melhor os espaços de deliberação e pactuação do Sistema no âmbito dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestores. Precisamos fortalecer o processo de formação das nossas equipes técnicas, a construção de agendas estratégicas voltadas para a identificação dos problemas e o desenho de propostas com base em práticas dialogadas e dialógicas.

E, por fim, sem querer fechar o quadro de possibilidades, precisamos ampliar o acesso da população a um conjunto de informações que ampliem o conhecimento sobre os processos e práticas da gestão, no sentido de fortalecê-las e/ou, de forma crítica, qualificá-las.

“
Com ele, temos um instrumento para vencer as desigualdades regionais no atendimento à população, já que a gestão compartilhada e solidária do SUS é o seu princípio fundamental
”

PLANEJANDO AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE: CAMINHOS PERCORRIDOS

No Rio Grande do Norte a organização das Redes tem a Secretaria de Estado da Saúde Pública Saúde – SESAP como condutora e coordenadora do processo de trabalho e o COSEMS-RN como articulador junto aos municípios. O Ministério da Saúde/DARAS participa como apoiador permanente nesse novo processo coletivo de fazer saúde.

Como estratégia à implantação das Redes e o fortalecimento da governança, foi criado um grupo condutor único para todas as redes, coordenado pelo Secretário Estadual de Saúde e composto pelo corpo diretivo da SESAP, COSEMS, Ministério da Saúde/DARAS, Coordenadores dos Grupos Executivos e Secretário do Município da Capital.

O Decreto de calamidade pública vivenciado em 2011/2012 na área da saúde no Rio Grande do Norte enfatizou os serviços de assistência às urgências e emergências e de cuidados na área materno-infantil.

A Região Metropolitana foi escolhida como a primeira a ser trabalhada na construção dessas Redes. No primeiro momento a necessidade de eleger uma região levou os gestores a tecer considerações quanto ao respeito aos princípios da universalidade e integralidade da assistência, que pressupõe a busca da continuidade do cuidado em outros territórios, que não somente os do domicílio do paciente.

Ao organizar as redes de forma fragmentada por regiões e em períodos distintos, corre-se o risco de não fortalecer a regionalização, além de manter vazios assistenciais e concentração de demandas em outros territórios. Após longos debates, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RN) pactuou que os Planos de Rede seriam simultâneos em todas as regiões, embora reconhecendo que sua implantação seria em etapas.

É também consenso entre os gestores que o planejamento seja condicionado à análise da situação de saúde da população, à capacidade instalada, à gestão do trabalho entre outros e não somente às limitações orçamentárias e financeiras.

A estruturação das redes teve como base teórico-metodológica o perfil epidemiológico, o Plano Diretor de Regionalização, os preceitos da Política de Humanização, as Diretrizes aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Plano Estadual de Saúde e as Deliberações das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) homologadas na CIB/RN.

Falando um pouco do estado da arte de cada rede, tem-se avanços significativos e também caminhos a serem percorridos.



REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

A Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi instituída pela Portaria ministerial de nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

No Rio Grande do Norte a rede é composta por sete pontos de atenção assim distribuídos: Atenção Básica, composta por Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Consultórios na Rua, Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura; Atenção Psicossocial Especializada composta por Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, em suas diferentes modalidades; para atendimento aos casos necessários, a Rede de Urgência e Emergência disponibiliza seus componentes – SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro. Para a atenção Residencial de Caráter Transitório existem as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial. Na atenção hospitalar serão implantados leitos específicos em Hospitais Gerais para pacientes com sofrimento

ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Para a estratégia de desinstitucionalização o Estado conta com os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa. No que se refere à Reabilitação Psicossocial serão implantadas as Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e os Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

O Plano da rede foi pactuado na Comissão Intergestora Regional - CIR e homologado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, em três Regiões – II, IV e VII regiões. A I e a VI regiões pactuarão seus desenhos ainda em 2013, e as demais, III, V e VIII serão retomadas em 2014. Em seguida foram realizadas oficinas temáticas em cada município objetivando discutir as estratégias de operacionalização dos planos. O próximo passo será envio do plano para o Ministério da Saúde para inclusão orçamentária. Com relação ao Programa “Crack, é possível vencer” os municípios de Natal, Paranaíba e Mossoró pactuaram sua implantação para 2014.

Adriano Marcos A. de Souza – Coordenador.



REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

Quanto à Rede de Urgência e Emergência, a lógica da construção vem se dando no formato de macrorregiões, considerando a territorialização proposta para a urgência móvel/SAMU e sua regulação. A proposta do Estado contempla três macrorregiões, sendo a região inicial a Metropolitana. Para a implantação do SAMU foram priorizados inicialmente os municípios com mais de vinte mil habitantes.

Cinco hospitais foram previamente habilitados como porta de entrada dessa rede – o Hospital Maria Alice Fernandes, Dr. José Pedro Bezerra, Deoclécio Marques de Lucena, Hospital Universitário Onofre Lopes e, especificamente, o Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel habilitado no SOS Emergência. Dessa forma, foram acrescentados à rede, cento e quarenta e dois leitos clínicos de retaguarda, três salas de

estabilização, sete UPAS. Um ponto importante da Rede vem sendo o componente de Atenção Domiciliar, hoje em plena atividade com onze Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD e seis Equipes Multiprofissional de Apoio - EMAP, atendendo uma média de cento e cinquenta leitos domiciliares/ano. Este componente já foi assumido pelos municípios de Natal, Macaíba e Parnamirim.

Dentro de uma lógica do Planejamento Regional, até o final do ano está prevista a conclusão do plano da 2ª Macrorregião, composta pelas regiões do Oeste/Alto Oeste e Vale do Assu. No primeiro trimestre de 2014 a proposta será concluir o plano da 3ª Macrorregião – Seridó e Trairi.

Walquíria Gomes da Nóbrega - Coordenadora.



REDE CEGONHA:

A Rede Cegonha, já conta com a construção dos planos de ação de quatro regiões, com aprovação do Ministério da Saúde e respectiva Portaria de Nº 1.883 de 05 de setembro de 2012.

Para a continuidade do processo de construção dos planos das demais regiões foram realizadas oficinas de planejamento locorregional, com a participação de todas as redes prioritárias, fortalecendo a discussão sobre os pontos comuns e visando uma melhor articulação.

Em 2012 houve uma desaceleração no processo, devido em parte, à substituição de gestores municipais e consequente troca de equipes até então engajadas. Em 2013 foi retomado o trabalho regional, com monitoramento dos pontos de atenção pactuados nas II, VI, VII e VIII regiões e desencadeamento concomitante da construção dos planos de ação da I, III, IV e V Região.

Dessa forma, o ano de 2013 foi marcado pela consolidação do apoio integrado e funcionamento efetivo do grupo condutor de redes com a inserção do apoiador do MS/DARAS, retomando as reuniões da câmara técnica e do grupo executivo temático. Como resultado, propostas em curto prazo foram elencadas, entre as quais, realização de oficina de

alinhamento e planejamento das ações e intensificação do apoio às novas gestões.

De grande importância foi o estabelecimento de parceria com as entidades e conselhos de classe (CRM, SOGORN, SO-PERN, ABENFO/RN, COREN), para discussão e consenso com relação à composição das equipes na assistência ao parto e nascimento, buscando garantir a realização do parto de risco habitual e reduzir a peregrinação de gestantes em nosso Estado.

Outra ação importante foi a articulação com a coordenação da Atenção Básica e DST/AIDS visando a construção do plano de redução da sífilis congênita, e o acompanhamento da implantação dos testes rápidos para HIV/Sífilis e hepatites na rede estadual, e ainda, a qualificação dos profissionais da Atenção Básica no SISPRENATAL, na atenção materno infantil e no curso de apoiadores institucionais da PNH.

Destaca-se ainda, a certificação do hospital Dr. José Pedro Bezerra, como referência para o Método Canguru no Estado e a inauguração do primeiro Centro de Reprodução assistida para o SUS, na Maternidade Escola Januário Cicco, referência para as regiões Norte e Nordeste.

Andrea Michelle Dias Duarte – Coordenadora.



REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA:

A partir do ano de 2011, as políticas direcionadas as pessoas com deficiências passaram a ter um novo olhar, quando o governo federal lançou em 17 de novembro de 2011, Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – “Viver sem Limite” que possui 04 eixos de atuação: Acesso à Educação, Inclusão Social, Acessibilidade e Atenção à Saúde.

Na Atenção à Saúde o Plano “Viver sem Limite”, pretende ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência – temporária ou permanente, progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua – no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, conforme portarias de nº 793, de 24 de abril de 2012 que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a portaria nº 835 de 25 de abril de 2012 que institui incentivos financeiros. Nesse contexto, a organização da rede é vista como uma das estratégias para enfrentamento da desarticulação e da fragmentação dos serviços públicos de saúde, considerando a baixa cobertura populacional, a insuficiente oferta de serviços com estrutura e funcionamento adequados para o atendimento à pessoa com deficiência: física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências no Estado do RN.

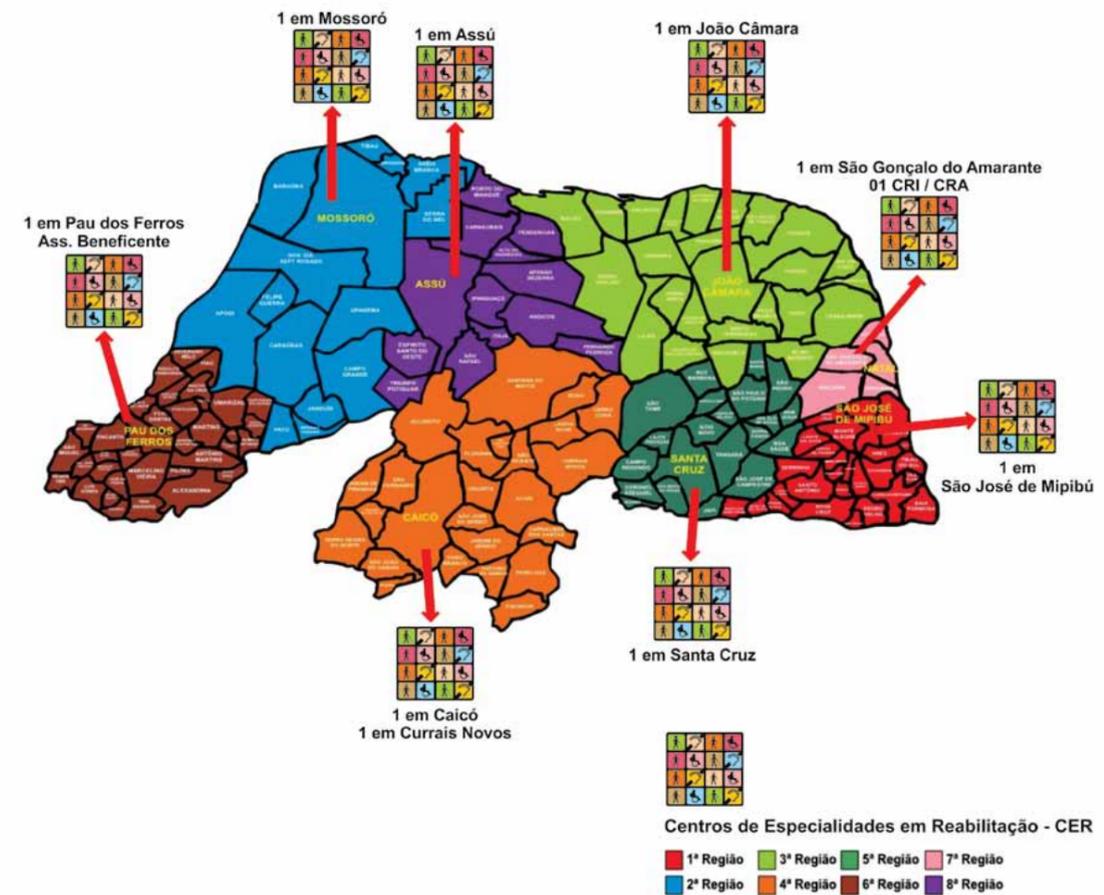
A construção da rede vem se dando em várias etapas, conforme legislação do MS, iniciando pelas discussões das portarias 793 e 835/2012 e instrutivos normativos relacionados a cada deficiência.

Dentre os principais avanços, destaca-se a aprovação de proposta enviada ao MS para reforma do CRI/CRA, dentro do projeto de acessibilidade, no valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), a solicitação de equipamentos para realização de triagem auditiva neonatal em sete maternidades do Estado, que também fazem parte da rede cegonha, além da aquisição de equipamentos para atendimento odontológico especializado de quatro hospitais referência.

De grande importância na construção da rede foi a habilitação do CRI/CRA para Centro de Especialização em Reabilitação de Nível III nos serviços de reabilitação para deficiência física, auditiva e intelectual para todas as idades e liberação dos recursos de custeio no valor de R\$ 2.400.000,00 (dois milhões e quatrocentos mil reais) ao ano; foram pactuados a distribuição dos Centros de Especialidades em Reabilitação – CER nível I, II, III e IV nas modalidades física, auditiva, visual e intelectual.

Ressalta-se ainda, o aumento do teto para compra de bolsas destinadas aos pacientes ostomizados, de R\$ 887.000,00 (oitocentos e oitenta e sete mil reais) para R\$ 4.500.000,00 (quatro milhões e quinhentos mil) ao ano e a incorporação de cadeiras de rodas motorizadas na tabela de órteses e próteses do SUS; a assinatura do Termo de Doação pelo MS de um microônibus adaptado destinado ao CER – III- CRI/CRA; a Deliberação da CIB aprovando como prioritárias as II, VI e VII regiões de saúde e outra aprovando a solicitação ao MS de uma Oficina Ortopédica.

Mapa de serviços existentes que deverão ser consolidados em janeiro 2014 por região de saúde:

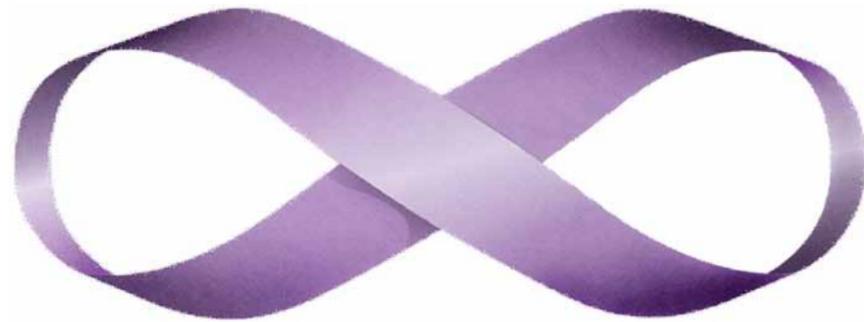


A perspectiva para 2014, é que após a habilitação, os CERs, passem a realizar de forma mais abrangente e integrada, ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal,

infância, adolescência e vida adulta e construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde nas suas regiões.

Sueldo Queiroz – Coordenador no período de abril de 2012 a setembro de 2013.

Cyntia Beatriz Cunha dos Santos – Coordenadora atual.



REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS:

Para essa rede, o Estado vem priorizando o enfrentamento do câncer de mama e de colo do útero, com o objetivo geral de fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde.

Dentre os objetivos específicos a serem trabalhados na perspectiva de rede destaca-se o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo a integralidade do cuidado; a promoção de hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física; o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica e a ampliação das ações para enfrentamento aos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool.

Para conformação dessa rede se tomou como referência o Plano Estadual de Oncologia, Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, normas ministeriais, além do monitoramento dos serviços hoje referência para o apoio diagnóstico e assistência, buscando redefinir os fluxos,

bem como, alocando recursos para qualificação dos profissionais atuantes nas áreas específicas.

Essa rede está sendo construída concomitantemente com o Projeto Integrado de Desenvolvimento Sustentável do Rio Grande do Norte, financiado pelo Banco Mundial, cujo objetivo é promover o desenvolvimento regional econômico e social do Estado, de forma inclusiva e com sustentabilidade, interligando o aproveitamento das potencialidades ligadas à infraestrutura de cada local, dando apoio à cidadania nas áreas da saúde, educação e segurança, além de fortalecer o desenvolvimento no campo.

Nesse contexto foram eleitas como prioritárias as intervenções na atenção materno infantil, nas ações relacionadas ao câncer, com foco no câncer de mama e colo do útero, e nos serviços de urgência e emergência. A operacionalização das ações propostas se dará através de um processo regionalizado, dinâmico e articulado, utilizando a divisão geográfica do Estado atualmente composta por oito regiões de saúde.

Stela Leal – Coordenadora – CPS/SESAP-RN.

PERFIL DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE NO RN: CARACTERIZAÇÃO PRELIMINAR DE UM SUJEITO COLETIVO

Objetivando conhecer a caracterização do perfil das pessoas que ocupam a função gestora do órgão dirigente da saúde pública nos municípios do Rio Grande do Norte, foi atualizado o levantamento de dados a partir da realização de pesquisa quali-quantitativa.

Uma das grandes conquistas da atual edição desta enquete foi o alcance de todo o universo de gestores enquanto espaço amostral, pois os 167 municípios consultados responderam à pesquisa, utilizando-se massivamente de mecanismos de comunicação por meio virtual (e-mail ou fax) para acesso e remessa dos bancos de dados.

Com foco nas informações obtidas do instrumento preenchido, após processamento dos dados, tem-se a caracterização em dois blocos distintos.

O bloco das informações gerais suscitou os seguintes aspectos:

- Com relação ao **gênero**, foi predominante o feminino com **68%** do conjunto das pessoas entrevistadas;
- Quanto ao **estado civil**, a enquete demonstrou que maior parte da amostra é **casada (56%)**, acompanhada de pessoas **solteiras (29%)**;
- A **faixa etária** mais frequente foi a de **41 a 50 anos (39%)** seguida do grupo dos gestores entre 31 e 40 anos (26%), não sendo identificados participantes da pesquisa com idade inferior a 21 anos;

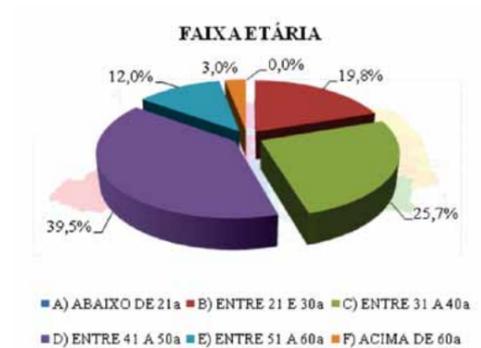


Figura 1. Distribuição das pessoas ocupantes do cargo de gestão municipal de saúde do RN por faixa etária. Setembro/2013.

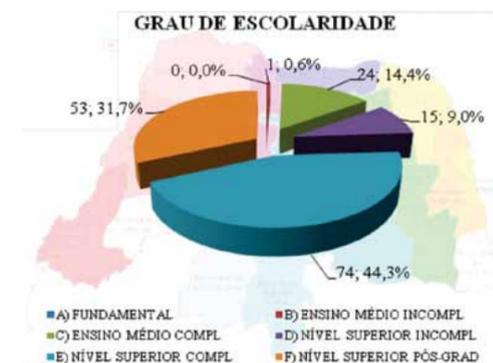


Figura 2. Distribuição das pessoas ocupantes do cargo de gestão municipal de saúde do RN segundo grau de escolaridade. Setembro/2013.

- Para o quesito de área de formação foi revelada a predominância de profissionais da enfermagem (23%) seguidos de atuantes no serviço social (10%). A terceira posição é ocupada pelos (as) técnicos (as) de enfermagem (7%). Na quarta posição (5%) há um conjunto de categorias como: farmácia/bioquímica, odontologia e profissionais da educação/pedagogia. As outras áreas de formação alcançaram índices abaixo de 4%, somando conjuntamente 55% do universo.
- Ao ser questionada a experiência anterior com gestão, 53% referiu já haver ocupado cargo de direção do SUS no âmbito municipal, e ainda, captou-se que há gestores (as) com maior frequência entre uma e duas vezes em mandatos.

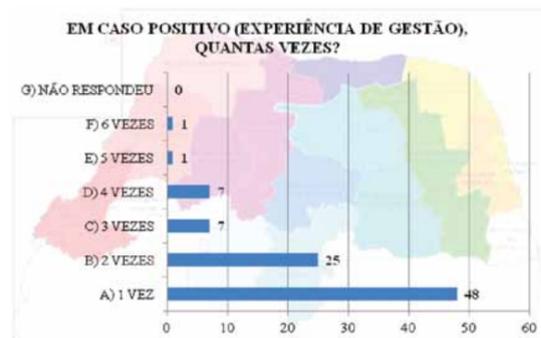
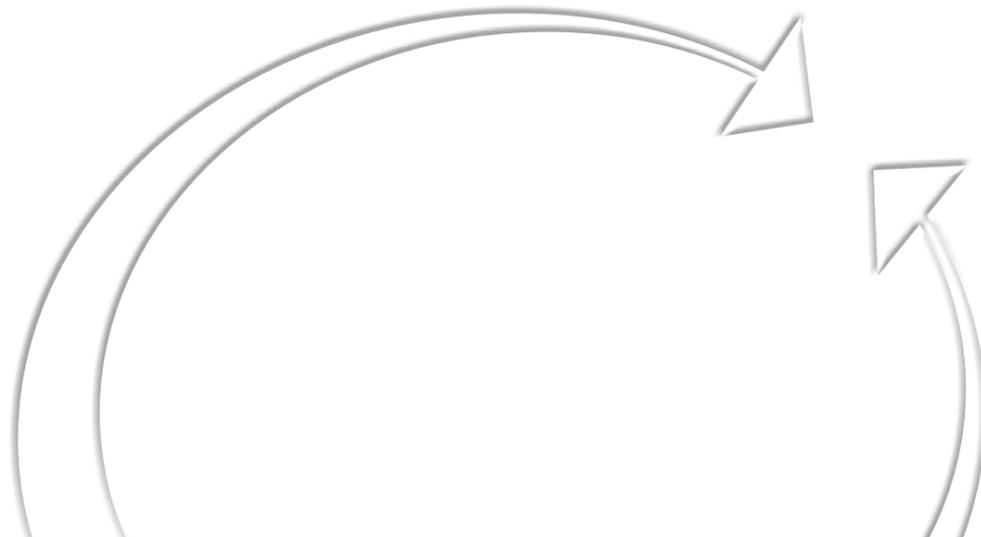


Figura 4. Frequência de ocupantes da gestão por mais de um mandato em SMS do RN. Setembro/2013.

- O quesito autonomia na ordenação de despesas do Fundo Municipal de Saúde trouxe o indicador de metade das SMS respondentes com essa condição. Ressalte-se que 63 pessoas pesquisadas (43%) manifestaram a abstenção no atendimento à pergunta.

Para o segundo bloco foram formuladas questões sobre as principais dificuldades no exercício da gestão e as sugestões para enfrentamento dessa situação.



Quadro 1. Ranking das respostas mais frequentes quanto às dificuldades relatadas por dirigentes municipais do SUS. COSEMS/RN. Setembro/2013.

Dificuldade para a Gestão	Absoluto	Freq.	Score
SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE	59	28,5%	1*
QUANTIDADE INSUFICIENTE E BAIXA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	20	9,7%	2*
GESTÃO DE PESSOAS	19	9,2%	3*
DIFICULDADE EM MARCAR CONSULTAS, EXAMES E INTERNAÇÕES	10	4,8%	4*
ESTRUTURA FÍSICA INADEQUADA DAS UNIDADES DE SAÚDE	9	4,3%	5*
COMPLETAR ESCALA DE MÉDICOS HOSPITAIS E ESF	8	3,9%	6*
ALTA DEMANDA PARA EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS	8	3,9%	6*
DIFICULDADE NO CUMPRIMENTO CARGA HORÁRIA MÉDICOS	7	3,4%	7*
FALTA DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS	7	3,4%	7*
UTILIZAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS (COMO FAZER)	7	3,4%	7*
PROFISSIONAIS COMPROMETIDOS (DISPONIBILIDADE)	6	2,9%	8*
TRANSPORTE DE INTERESSE SANITÁRIO	6	2,9%	8*
ACESSO A EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE (TC, RM,...)	6	2,9%	8*
EXCESSO DE BUROCRACIA	6	2,9%	8*
AUSÊNCIA DE AUTONOMIA FINANCEIRA	5	2,4%	9*
FAZER A INTEGRALIDADE DO CUIDADO	4	1,9%	10*
FALTA DE INFORMAÇÃO DA GESTÃO ANTERIOR	3	1,4%	11*
OFERTA INSUFICIENTE DE MEDICAMENTOS E INSUMOS	3	1,4%	11*
OFERTA INSUFICIENTE DE MEDICAMENTOS EXTRA FARMÁCIA BÁSICA	2	1,0%	12*
FALTA DE EXPERIÊNCIA ADMINISTRATIVA	2	1,0%	12*
ELABORAÇÃO DE PROJETOS E CONVÊNIOS	2	1,0%	12*
PAGAMENTO DE "PLUS" PARA TABELA SUS	2	1,0%	12*
APOIO TÉCNICO E FINANCEIRO DA GESTÃO ESTADUAL (FALTA)	2	1,0%	12*
INTERFERÊNCIA POLÍTICA PARTIDÁRIA	2	1,0%	12*
PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO	1	0,5%	13*
DIFICULDADE DE CUMPRIR COM OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO	1	0,5%	13*

Fonte: Pesquisa perfil dos gestores municipais do RN. COSEMS/RN. Set/2013.

No último item do formulário tratando das proposições de mudança que orientem a pauta de atuação do COSEMS/RN, foram tabulados os seguintes resultados com fundamento na análise de discurso:

Quadro 2. Sugestões e proposições dos dirigentes municipais do SUS para atuação do COSEMS/RN. Setembro/2013.

SUGESTÕES:
CONTINUIDADE DAS INFORMAÇÕES PERMANENTES SOBRE PORTARIAS E OUTRAS LEGISLAÇÕES EM SAÚDE
CONTINUIDADE NA REALIZAÇÃO DE CURSOS, OFICINAS SOBRE TEMAS VIGENTES
OFERECER CURSO URGENTE SOBRE COMO UTILIZAR RECURSOS FINANCEIROS PARA A SAÚDE
"DAR UM OLHAR ESPECIAL" PARA A REGIÃO OESTE
REALIZAR GRANDES EVENTOS COMO CONGRESSOS E SEMINÁRIOS
FAZER REUNIÕES DESCENTRALIZADAS POR REGIÕES DE SAÚDE
CONTINUAR APOIANDO OS GESTORES PRINCIPALMENTE MUN PEQUENOS E NOVOS GESTORES
FAZER REUNIÕES COM PREFEITOS PARA REFORÇAR PAPEL SMS/AUTONOMIA DOS FMS
ASSESSORIA E SUPERVISÃO NA ELABORAÇÃO DE PROJ/CONVÊNIOS

Fonte: Pesquisa perfil dos gestores municipais do RN. COSEMS/RN. Set/2013.

Com a referência do material em análise, delineia-se um cenário no qual se revela uma necessidade premente de investir em processos permanentes de qualificação da gestão do SUS, aprimorar o diálogo intergestores e fomentar iniciativas que deem coesão ao propósito de consolidação de um sistema de saúde de base locorregional, porém sem desconsiderar as especificidades e vulnerabilidades típicas dos territórios de vida, no âmbito microlocalizado.

Compete ao COSEMS/RN enquanto órgão colegiado, pactuar e manter na perspectiva de atuação político-institucional, uma inserção contributiva com o avanço do SUS no território potiguar, fomentando práticas mais estruturadas e protagonismo dos atores sociopolíticos envolvidos nessa complexa militância pela cidadania plena.

COSEMS/RN

COMPROMISSOS, LUTAS, CONTRIBUIÇÕES

UMA REFLEXÃO DO EXERCÍCIO 2013 PELA COMISSÃO EXECUTIVA

Salete Cunha - Presidenta
Neuman Azevedo - Vice-presidenta
Debora Costa – Secretária Geral

Em março de 2013, a nova Comissão Executiva do COSEMS/RN, 2013 a 2015, assume a condução do colegiado, tendo como propósito, defender os seguintes compromissos:

- Lutar pela ampliação do financiamento do Sistema, Único de Saúde;
- Fortalecer as Regiões de Saúde em parceria com outras esferas de gestão, tendo as CIR, como fórum permanente de governança Regional;
- Participar da construção das Redes Temáticas: Materno Infantil, Urgência e Emergência, Psicossocial- álcool e outras drogas, Pessoa com Deficiência, Doenças Crônicas e outras que venham a ser priorizadas respeitando as pactuações e os dispositivos do Decreto 7.508/2011;
- Pactuar uma política Estadual de Atenção Básica, reivindicando o cofinanciamento estadual, por intermédio de transferência regular fundo a fundo para todos os municípios, ao mesmo tempo buscar à ampliação dos valores do PAB-FIXO Nacional;
- Reivindicar da SESAP o cofinanciamento regular dos componentes da Rede de Urgência e Emergência em conformidade com a pactuação CIB;
- Cobrar do Estado a garantia do repasse regular dos recursos financeiros da Assistência Farmacêutica

tica Básica e insumos para pacientes, insulinos – dependentes;

- Aprofundar o debate sobre Planejamento Regional, definindo de forma Tripartite as responsabilidades no enfrentamento da insuficiência de ofertas de serviços resolutivos;
- Solicitar do Estado a reestruturação das Unidades Regionais de Saúde Pública – URSAP, de modo que estas possam prestar apoio técnico aos municípios;
- Acompanhar o compromisso da SESAP/UNICAT, no financiamento de medicamentos do componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Propor a discussão tripartite de ações que venham reduzir a judicialização do SUS;
- Reivindicar a agilidade na implantação de uma Política de Regulação, da assistência, com a implantação dos Centrais de Regulação Regional e seu funcionamento em cogestão, com o apoio técnico e financeiro da SESAP e Ministério da Saúde;
- Lutar contra o subfinanciamento da Vigilância em Saúde em conformidade com o artigo 30 da Constituição e sua estruturação no território Loco-Regional;
- Pactuar junto a SESAP, um programa específico para atenção hospitalar que garanta a sustentabi-

lidade Regional da Rede Hospitalar sob gerenciamento daquele ente;

- Aperfeiçoar a Programação Pactuada Integrada – PPI, que ela seja agenda permanente nas CIR com revisão periódica;
- Participar ativamente do Controle Social do SUS;
- Incluir na agenda nacional Tripartite, a discussão da regulação da força de trabalho em saúde, de mecanismo para interiorização e alocação de profissionais;

Nesse 1º ano de gestão, tem-se um saldo positivo. Além de estar ao lado dos gestores, apoiando e impulsionando o exercício de uma gestão solidária, cumpriu-se a agenda proposta para o biênio:

- No fortalecimento das Regiões de Saúde, investiu-se na capacidade das CIR, estimulando a participação dos secretários, elevando a percepção do gestor de que não existe município autossuficiente e o sucesso de um depende da união com os demais;
- Viabilizou-se estratégias de fortalecimento político técnico e financeiro, firmando convênio com o Estado para transferência de recursos financeiros da Gestão Estratégica e Participativa, garantindo a qualificação dos gestores nos Instrumentos de Planejamento em 2013 e a continuidade dos diálogos temáticos com novo convênio já firmado para 2014;
- Não menos importante foi o engajamento fortemente do COSEMS-RN nos dois grandes movimentos Nacional, O Saúde Mais Dez (Saúde + 10), que visou obter assinaturas suficientes para emenda de iniciativa popular por 10% das receitas correntes brutas da união para o SUS, coletando mais sete mil assinaturas, que juntamente com a mobilização de outros conselhos e dos Estados garantiu a proposta do projeto de lei nº 321/2013;
- O outro ponto refere-se ao Mais Médico. As medidas adotadas pelo Ministério da Saúde configuraram-se na busca acertada da solução do grave problema da falta de médicos para atenção básica, o esforço de

todos os municípios aqui representado pelo COSEMS e o apoio da Secretaria Estadual – SESAP, tem feito o diferencial no sucesso do programa no Estado hoje com 24 municípios e 53 médicos atuando no RN;

- Considerando ser o gestor público de saúde o profissional estratégico para as funções de administração e mobilização de recursos sociais em benefício da saúde, o COSEMS/RN tem investido na qualificação através de financiamento de cursos e congressos em âmbito local e nacional, bem como, oportunizando eventos com profissionais do Ministério da Saúde, abordando temas relevantes para a área;
- Realização de reuniões mensais sempre atualizadas com os temas sugeridos pelos municípios. Eventos que mobilizam mensalmente uma média de 120 profissionais e gestores;
- Toda essa intensa mobilização feita com os gestores tem mostrado resultados como a ampliação do número de municípios que aderiram ao QUALIFAR-SUS, saindo de 39 para 65 em 2012. O mesmo ocorrendo, com o PMAQ que saiu de 116 municípios com adesão para 159 em 2013. Não deixando de citar o engajamento para elaboração do Relatório de Gestão 2012, o qual foi apresentado por 100% municípios. Destaca-se ainda, a pactuação das diretrizes, objetivos, indicadores e metas para o biênio 2013/2015 com validação no SISPACTO e em breve a migração para o COAP.
- A inovação e a comunicação, tem sido características marcantes na trajetória do COSEMS/RN. Em 2013, contratou um profissional da área de comunicação, que tem mantido o site atualizado trazendo para os gestores em tempo real, o que se passa com a saúde pública, não só no Estado como em todo o Brasil. Esta escolha tem sido a razão de vários elogios e tem permitido a troca de experiências entre gestores.
- COSEMS-RN tem acento permanente em Câmara Técnica Nacional da ANVISA representando o CONASEMS em nível de Nordeste no GTVISA, que discute temas relacionados à vigilância sanitária. E este fato vem facilitando as discussões na área junto a SUVISA

estadual e municípios. Em 2013 tivemos avanços em termos de pactuação do financiamento da Vigilância em Saúde. Até 2012 o teto fixo da vigilância no RN era de forma participativa onde 6,88% ficava para o Estado, 5,55% para os municípios da região metropolitana, e os demais municípios recebiam o percentual de 4,13%. Na nova pactuação diminuiu-se o percentual do estado para 5,55%, manteve-se o montante já estabelecido para região metropolitana e elevou-se o teto dos demais municípios de 4,23% para 5,50%. Além desse incremento todos os municípios do RN receberão um aporte de recursos a mais no próximo ano, por ter feito adesão ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)- Incentivo Financeiro no valor anual correspondente a 20% PFVS – transferência fundo a fundo, um grande esforço da equipe do COSEMS nesse processo de adesão.

Para 2014, novas propostas vêm sendo discutidas na câmara técnica nacional, com relação a um aumento do financiamento do piso fixo da VISA.

- O grande desafio tem sido a luta junto ao Governo do Estado no cofinanciamento da Atenção Básica e no

repasso das contrapartidas obrigatórias da Assistência Farmacêutica Básica e Insumos Estratégicos, repasse interrompido desde 2010. O COSEMS/RN tem buscado o apoio de outros órgãos como Ministério Público, Tribunal de Contas do Estado, FEMURN entre outros. Embora não querendo usar a judicialização como um meio de se conseguir o que é de direito dos municípios, não restou alternativa e em reunião realizada com o Ministério Público foi decidido que se entraria com uma ação coletiva contra o Estado para que esse cumpra com suas obrigações.

É necessário assinalar que tivemos importantes avanços e desafios, o que nos proporciona reflexões positivas, sem perder o foco que hoje nas ruas ocorrem manifestações, inquietações e indignação da sociedade, sendo um dos maiores motivos, a melhoria na saúde pública, o que faz crescer nossa responsabilidade, não duvidando em nenhum momento da grande potencialidade que existe em cada um dos 167 municípios do Estado.

Agradecendo de modo especial aqueles que têm se dedicado constantemente dando sua participação direta à frente de comissões, grupos e núcleos.

FOTOS

COSEMS/RN EM AÇÃO



Reunião do COSEMS - Maio 2013.



Reunião PPI CEFOPE - Maio 2013.



Reunião do COSEMS/RN - Junho 2013.



Evento comemorativo dos 25 anos do CONASEMS - Julho 2013.



XXIX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Brasília - Julho 2013.



Evento de Posse da nova diretoria do CONASEMS - Agosto 2013



Encontro dos Núcleos Temáticos do CONASEMS - Brasília, Agosto 2013



Posse da nova diretoria do CONASEMS para o Biênio 2013-2015 - Agosto 2013





Reunião do COSEMS/RN - Outubro de 2013.



Reunião COSEMS/RN - Setembro de 2013.

Tua caminhada ainda não terminou
A realidade te acolhe
dizendo que pela frente
o horizonte da vida necessita
de tuas palavras
e do teu silêncio.

Se amanhã sentires saudades,
lembra-te da fantasia e
sonha com tua próxima vitória.
Vitória que todas as armas do mundo
jamais conseguirão obter,
porque é uma vitória que surge da paz
e não do ressentimento.

É certo que irás encontrar situações
tempestuosas novamente,
mas haverá de ver sempre
o lado bom da chuva que cai
e não a faceta do raio que destrói.

Tu és jovem.
Atender a quem te chama é belo,
lutar por quem te rejeita
é quase chegar a perfeição.
A juventude precisa de sonhos
e se nutrir de lembranças,
assim como o leito dos rios
precisa da água que rola
e o coração necessita de afeto.

Não faças do amanhã
o sinônimo de nunca,
nem o ontem te seja o mesmo
que nunca mais.
Teus passos ficaram.
Olhes para trás...
mas vá em frente
pois há muitos que precisam
que chegues para poderem seguir-te.

Charles Chaplin





Av. Ayrton Senna, 357, Sala- 17- Condomínio Mandacaru Mall
Capim Macio- CEP- 59080-100, Natal/RN
Telefax- (84) 3222-8996

www.cosemsrn.org.br
e-mail: cosemsrn@digicom.br



facebook.com/Cosems_RN



[@cosems_RN](https://twitter.com/@cosems_RN)



[Cosems_RN](https://www.flickr.com/photos/Cosems_RN/)