

**Prefeitura Municipal do Natal  
Programa Natal do Futuro**



**Relatório de Projeto - Anexo 02**

Programa de Investimentos da Prefeitura do Natal e Banco Inter-americano de Desenvolvimento



**PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL**  
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DO PROGRAMA

**PROGRAMA INTEGRADO DE DESENVOLVIMENTO  
URBANO E INCLUSÃO SOCIAL DE NATAL –  
PROGRAMA NATAL DO FUTURO**

**RELATÓRIO DE PROJETO  
ANEXO II – POLÍTICAS SETORIAIS – Saúde**

NATAL/ RN  
Outubro de 2006

## **MISSÃO**

Assegurar, na perspectiva da promoção à saúde, a atenção integral à saúde da população com base nos princípios de acessibilidade, resolutividade, humanização e cidadania.

## **DIRETRIZES PARA A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- Garantir as ações de promoção à saúde com ênfase na intersetorialidade;
- Fortalecer o processo de distritalização;
- Implantar a gestão participativa;
- Modernizar a estrutura administrativa;
- Desenvolver uma política de Recursos Humanos.

## **I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

A Secretaria Municipal de Saúde - SMS, criada pela Lei nº 3.394, de 21 de janeiro de 1986 é órgão de atividade-fim, integrante da Administração Pública Municipal Direta, nos termos da Lei Complementar nº 020, de 02 de março de 1999, Lei Complementar nº 061, de 02 de junho de 2005 e Decreto nº 7.642, de 10 de junho de 2005.

Em se tratando da estruturação do Sistema Único de Saúde – SUS, a SMS é gestora da política de saúde no âmbito da Capital do Estado do Rio Grande do Norte, atendendo ao disposto na Legislação, em especial, ao que preconiza a Constituição Federal (art. 196 ao 200) e legislação suplementar (Leis 8.080 de 19/09/1990 – Lei Orgânica da Saúde e, 8.142 de 28/12/1990 – Dispõe sobre Participação Social e Financiamento do SUS).

## **II – COMPETÊNCIAS/ATRIBUIÇÕES:**

Considerando o arcabouço jurídico que rege esse complexo sistema, tem-se em linhas gerais as seguintes atribuições e competências para a SMS:

- a) promover medidas de prevenção e proteção à saúde da população do Município do Natal, mediante o controle e o combate de morbidades físicas, infecto-contagiosas, nutricionais e mentais;
- b) promover a fiscalização e o controle das condições sanitárias, de higiene, saneamento, alimentos e medicamentos;
- c) promover pesquisas, estudos e avaliação da demanda de atendimento médico;
- d) promover proteção supletiva de serviços médicos, paramédicos e farmacêuticos com órgãos federais e estaduais;
- e) promover campanhas educacionais e informativas, visando à preservação das condições de saúde da população;
- f) implementar programas estratégicos de saúde pública;
- g) promover medidas de atenção básica à saúde;
- h) capacitar recursos humanos para a saúde pública;
- i) atender e orientar com cordialidade a todos quantos busquem quaisquer informações que possa prestar no interesse da saúde na Cidade do Natal, e da imagem de organização, responsabilidade, probidade, zelo e cuidado para com a higidez dos residentes no Município, especialmente no que se refere às pretensões a cargo da Secretaria Municipal de Saúde;
- j) proceder no âmbito do seu órgão a gestão e o controle financeiro dos recursos orçamentários previstos na sua Unidade, bem como os recursos humanos e materiais existentes em consonância com as diretrizes e regulamentos emanados do Chefe do Poder Executivo, além de outras atividades correlatas.

Em conformidade com a Lei 8.080/90, compreende-se atenção integral à saúde o conjunto de ações que tenham por vista, estabelecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e todas as providências para alcance de tal finalidade.

Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Observando o artigo 18 da lei supracitada:

*“Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:*

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;*
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde-SUS, em articulação com sua direção estadual;*
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;*
- IV - executar serviços:*
- a) de vigilância epidemiológica;*
  - b) de vigilância sanitária;*
  - c) de alimentação e nutrição;*
  - d) de saneamento básico; e*
  - e) de saúde do trabalhador;*
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;*
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente, que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;*
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;*
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;*
- IX - colaborar com a União e com os estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;*
- X - observado o disposto no artigo 26 desta lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;*
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;*
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.”*

Desta forma, constitui-se responsabilidade da SMS, desenvolver a Política de Saúde no âmbito do Município, atendendo às necessidades de sua população própria, e ainda, cumprir com os termos do Plano Diretor de Regionalização – PDR e da Programação Pactuada e Integrada – PPI, instrumentos reguladores da Gestão da Atenção à saúde no Estado do Rio Grande do Norte, nos quais se firmam compromissos de atendimento à população referenciada de outros municípios, em função de Natal concentrar em seu território, um maior quantitativo de serviços com a complexidade tecnológica requerida para procedimentos especializados em nível ambulatorial e hospitalar.

### **III – INSTRUMENTOS CONTRATUAIS QUE REGEM OS SERVIÇOS:**

Para cumprir com sua Missão Institucional, a SMS necessita se adequar ao que preconiza a legislação, desde o que dispõe a Carta Magna até os atos normativos editados pelo Ministério da Saúde, órgão máximo da direção do SUS no Estado Brasileiro.

O Título III da Lei 8.080/1990 define a participação do setor privado em caráter complementar na prestação de serviços no âmbito do SUS, desde que o setor público não possua condições estruturais para efetuar a cobertura assistencial de sua população de referência.

Para tanto, a contratualização na assistência à saúde se dá através de mecanismos de avença/ajuste assim delineados:

- a) Termo de Compromisso entre Entes Públicos, para serviços com gerência administrativa por organismo de natureza jurídica pública, integrante das esferas governamentais;
- b) Convênios/Contratos de Gestão firmados com instituições de natureza privada sem fins lucrativos;

- c) Contratos para as demais instituições, mediante aplicação da Lei 8.666 de 12/06/1993 e alterações.

Todos os instrumentos acima, são passíveis de controle e avaliação pela SMS, que dispõe de Sistema de Auditoria e outros mecanismos, como acompanhamento pelo Conselho Municipal de Saúde, órgão de controle social do SUS no Município, como também outras instâncias de negociação/regulação, representadas pela Comissão Intergestores Bipartite (Municípios e Gestão Estadual) e Comissões Intermunicipais de Saúde (organismo que agrêmia os gestores de saúde dos municípios que compõem o Estado do RN).

A gestão em saúde efetuada pelos três níveis de governo, tem na Comissão Intergestores Tripartite o seu órgão colegiado para dirimir questões relativas à implementação do SUS. Nesse organismo, têm assento gestores de políticas de saúde representando as esferas administrativas, além de segmentos da sociedade civil organizada, principalmente nos aspectos de representação dos trabalhadores em saúde e dos usuários dos serviços prestados pelo SUS.

#### **IV – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SMS:**

A estrutura básica da Secretaria Municipal da Secretaria Municipal de Saúde - SMS compõe-se de:

I – órgão de direção superior:

1. Secretaria Municipal de Saúde

II – órgãos de assessoramento direto ao Secretário Municipal:

1. Chefia de Gabinete;
2. Assessoria Jurídica;

III – órgão colegiado:

1. Conselho Municipal de Saúde – CMS

IV – órgãos de execução programática:

1. Secretaria Adjunta de Operacionalização das Ações de Saúde
  - 1.1. Departamento de Engenharia e Transporte:
    - 1.1.1. Setor de Transporte;
    - 1.1.2. Setor de Engenharia.
  - 1.2. Departamento de Administração e Finanças:
    - 1.2.1. Setor Administrativo
    - 1.2.2. Setor de Compras
    - 1.2.3. Setor Financeiro
  - 1.3. Departamento de Material e Patrimônio
    - 1.3.1. Setor de Almoxarifado Geral

- 1.3.2. Setor de Abastecimento Médico-Hospitalar, Odontológico e Laboratorial
  
- 1.4. Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
  - 1.4.1. Setor de Gestão do Trabalho
  - 1.4.2. Setor de Gestão da Educação na Saúde
  
- 2. Secretaria Adjunta de Planejamento e Promoção à Saúde
  - 2.1. Departamento de Vigilância à Saúde
    - 2.1.1. Setor de Vigilância Epidemiológica
    - 2.1.2. Setor de Vigilância Sanitária
    - 2.1.3. Setor de Vigilância Ambiental
    - 2.1.4. Setor de Estatísticas Vitais
  
  - 2.2. Departamento de Planejamento e Informação em Saúde
    - 2.2.1. Setor de Informação em Saúde
    - 2.2.2. Setor de Programação Estratégica
  
  - 2.3. Departamento de Gestão dos Serviços Públicos Municipais de Saúde
    - 2.3.1. Setor de Assistência Farmacêutica
    - 2.3.2. Setor de Atenção Especializada
    - 2.3.3. Coordenação Geral do SAMU
      - 2.3.3.1. Administração do SAMU
      - 2.3.3.2. Coordenação Médica do SAMU
      - 2.3.3.3. Supervisão de Enfermagem do SAMU
  
  - 2.4. Departamento da Atenção Básica
    - 2.4.1. Setor de Ciclos de Vida
  
  - 2.5. Departamento de Gestão e Regulação dos Serviços de Saúde
    - 2.5.1. Setor de Atenção Ambulatorial
    - 2.5.2. Setor de Atenção Hospitalar
    - 2.5.3. Setor de Média Complexidade
    - 2.5.4. Setor de Regulação
  
  - 2.6. Distrito Sanitário Norte II
  
  - 2.7. Distrito Sanitário Norte
    - 2.7.1. Setor de Planejamento e Promoção à Saúde



## 2.8. Distrito Sanitário Sul

### 2.8.1. Setor de Planejamento e Promoção à Saúde

## 2.9. Distrito Sanitário Leste

### 2.9.1. Setor de Planejamento e Promoção à Saúde

## 2.10. Distrito Sanitário Oeste

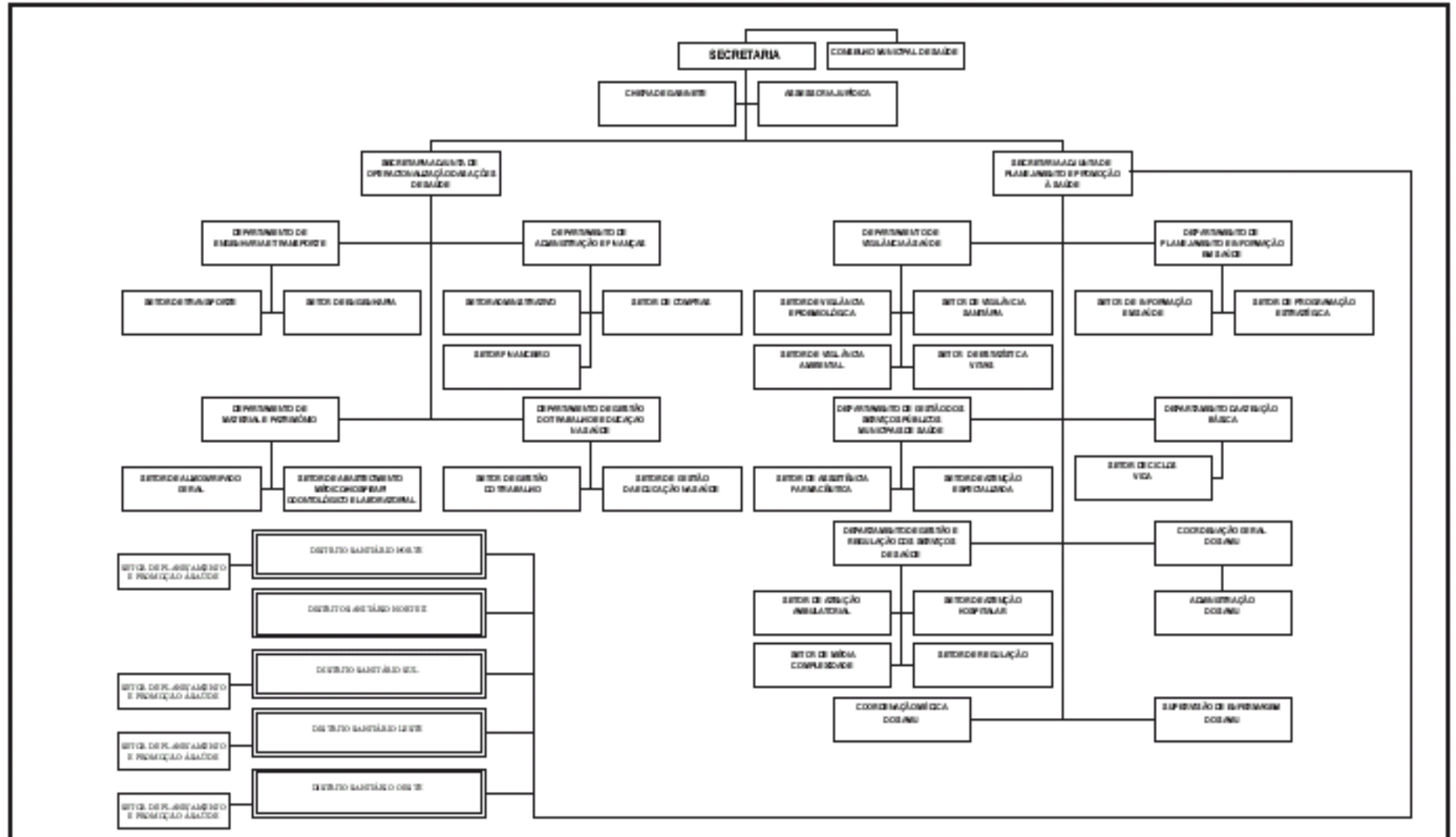
### 2.10.1. Setor de Planejamento e Promoção à Saúde

Integra a estrutura da SMS, uma Comissão Permanente de Licitação regida por legislação específica.

Apresenta-se anexo o organograma da SMS.

ANEXO I

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS  
(Regulamentada pelo Decreto nº 7.642 de 10 de junho de 2005)





Além da estrutura organizacional acima descrita, destaque-se a vinculação das unidades/serviços assistenciais de saúde à gerência dos Distritos Sanitários.

Às Unidades de Saúde, distribuídas em conjunto e organizadas em rede que compõem os Distritos Sanitários, são unidades destinadas a promover a melhoria das condições de saúde e bem-estar da população, através da execução de ações de promoção, proteção e recuperação, dirigidas ao indivíduo, à coletividade e ao meio social, sendo de sua competência:

- I. Prestar assistência integral à saúde da população adscrita, e também eventualmente atender à demanda espontânea;
- II. Planejar e programar suas atividades com apoio do Distrito Sanitário e com o Conselho de Saúde Local, a partir do perfil epidemiológico da sua área de abrangência;
- III. Referenciar os usuários para atendimento em outras unidades de maior complexidade de acordo com os critérios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde;
- IV. Desenvolver suas atividades através de uma ação conjunta entre todos os servidores da unidade e a população, na busca de soluções para problemas de saúde identificados;
- V. Identificar, notificar, investigar e acompanhar os casos priorizados pela programação local;
- VI. Analisar e divulgar os danos de morbidade e mortalidade, visando reduzir a incidência dos problemas de saúde com o apoio da população;
- VII. Coordenar e executar as ações de vigilância à saúde de sua área de abrangência, orientadas para a prevenção e controle das doenças ou agravos à saúde, relacionados ao meio ambiente, à circulação de bens ou prestações de serviços;
- VIII. Envolver outras instituições e lideranças locais nas ações de Vigilância à Saúde.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE**  
**REDE DE SERVIÇOS**

UNIDADES	Distritos Norte	Distritos Sul	Distritos Leste	Distritos Oeste	TOTAL
Unidade Saúde da Família	20	00	03	10	33
Clínica popular/ Posto Serviço	02	00	01	02	05
Unidades Básicas de Saúde	05	08	05	02	20
Unidade de 24 horas /Maternidades	01	01	02	05	09
Unidades Odontológicas	02	00	01	00	03
Unidades Especializadas	02	02	04	00	08
CAPS	01	00	02	01	04
Serviços de Atendimento Móvel a Urgência	00	00	01	00	01
Centro de Controle de Zoonoses	01	00	00	00	01
TOTAL GERAL					

FONTE: SMS- DPI – janeiro/2006



UNIDADES	Norte	Sul	Leste	Oeste	TOTAL
Unidade Saúde FARMÁCIA: SM Cidade Nova/2006	África Gramoré Igapó José Sarney Nordelândia Nova Natal I Nova Natal II Vista Verde Planície das Mangueiras Pq das Dunas Pq dos Coqueiros Panatis Pompéia Potengi Redinha Santa Catarina Santarém Soledade I Soledade II (20)	(0)	Guarita Passo da Pátria Rocas (03)	Bom Pastor Bairro Nordeste Cidade Nova F. Camarão I F. Camarão II F. Camarão III Guarapes Monte Líbano Nova Cidade Km06 (10)	33
Clínica Popular/ Posto Serviço	PS Colônia João Chaves CS Alto da Torre (02)	(0)	CP M <sup>a</sup> Ferreira (01)	P S T.Rodoviário CP N Horizonte (02)	05
Unidades Básicas de Saúde	CS Bela Vista CS Igapó CS V. Dourado CS Nova Natal CS Soledade II (05)	CS Ponta Negra CS Planalto CS Jiqui CS Pirangi CS Mirassol CS N Descoberta CS Candelária CS Cid. Satélite (08)	CS Aparecida CS São João CS B. Teimosa UMF. Comunitária Lagoa Seca (05)	CS Nazaré CS Quintas (02)	20
Unidade de 24 horas Maternidades	Pajuçara (01)	Cidade Satélite (01)	Mãe Luiza Rocas (02)	C..Esperança Sandra Celeste Fel Camarão Guarapes Matern. Quintas (05)	09
Unidades Odontológicas	Cl. Od. Infantil I Cl Od. Infantil II (02)	(0)	C.C Odont M.Mariz (24 h) (01)	(0)	03
Unidades Especializadas	Centro Clinico Asa Norte CEO (02)	CEO Neópolis (02)	C.C Ped. Alecrim C.C.Rocas CRIA CEREST (04)	(0)	08
CAPS	AD Norte (1)	(0)	II Leste AD Leste (02)	II Oeste (01)	04
Serviços At Urgência			SAMU		01
Centro Cont .Zoonoses	CCZ	15			01
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>34</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE  
REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA  
(CENTROS E POSTOS DE SERVIÇOS)**

<b>DISTRITO</b>	<b>TOTAL US</b>	<b>UNIDADE</b>	<b>N.º PROF. NS</b>
NORTE	08	PS Colônia Penal	01
		CS Alto da Torre	04
		CS Bela Vista	07
		CS Igapó	08
		CS V. Dourado	12
		CS Nova Natal	08
		CS Soledade II	16
		SUL	09
		CS Planalto	13
		CS Jiqui	10
		CS Neópolis	18
		CS Pirangi	26
		CS Mirassol	11
		CS N Descoberta	25
		CS Candelária	18
		CS Cid. Satélite	17
LESTE	06	CP Mª Ferreira	02
		PS Casa do Estudante	02
		CS Aparecida	10
		CS São João	12
		CS B. Teimosa	11
		U M Fam. Comunitária	01
OESTE	05	P S Terminal Rodoviário	00
		CP N Horizonte	07
		CP Km 6	05
		CS Nazaré	25
		CS Quintas	14
<b>TOTAL</b>			<b>306</b>

FONTE: SMS – Setor de Administração de Pessoal (SAP) – Janeiro/2005.

## **V – CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA SMS:**

### **1. Índices de atendimento:**

O controle e avaliação das ações em saúde, pressupõem a adoção de mecanismos contínuos e regulares para monitorar o processo de trabalho e seu impacto sobre o objeto pretendido. Alguns instrumentos são preponderantes para fornecer ferramentas de gerência e gestão, sendo os principais: alimentação de sistemas informatizados acompanhados sistematicamente pela Direção Estadual e Nacional do SUS (Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar, de Notificação de Doenças, de Registro de Nascimentos e Mortalidade, dentre outros), reuniões ordinárias de avaliação de cumprimento de pactuação entre gestores, realização de prestação de contas trimestrais para organismos de controle (Câmara Municipal, Ministério Público – Promotoria de Saúde/PROSUS Secretaria Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde – CMS), dentre outros mecanismos de avaliação de desempenho de ações. Os indicadores são descritos e analisados, principalmente, nos Relatórios de Gestão trimestrais.



## **2. Planos existentes:**

A Política Municipal de Saúde é norteadada pelo Plano Municipal de Saúde, com caráter plurianual, estando em vigência desde o ano de 2003, com finalização nesse exercício. Estão sendo lançadas as bases para elaboração do Plano para 2006 e os anos seguintes, a partir da análise dos indicadores e da definição das diretrizes nacional e estadual da Política de Saúde para delinear as ações prioritárias e estratégias estruturantes da atenção.

Além do Plano, são desenvolvidos projetos que se harmonizam com sua diretriz, enquanto documentos formuladores e orientadores de mudanças no perfil de morbimortalidade da população. Destaca-se o Plano de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF, que preconiza a estruturação da Atenção Básica à saúde, dentre outros, com financiamento tripartite.

O Plano Plurianual de Ações para a Prefeitura do Natal, no período 2006 a 2009, contempla importantes iniciativas para efetivação de condições de vida e saúde que apontem para um completo estado de bem-estar para os municípios.

A SMS desenvolve ainda projetos, planos e ações voltados para correção de problemas emergenciais e contingenciais que porventura atinjam ou ponham em risco à saúde do cidadão.

Todos os projetos, planos e ações são acompanhados pelo corpo técnico da SMS e pelas instâncias de controle.

## **3. Características de Gestão da SMS:**

A gestão do SUS é caracterizada pelo exercício de papéis distintos entre os diversos atores que compõem o Sistema, entre eles, o Gestor (Prefeito/Secretário), trabalhadores em saúde (instituições representativas) e usuários dos serviços (segmentos da sociedade civil organizada), atuando no controle social através dos Conselhos Gestores (locais, distritais e CMS).

Cabe a cada ator social o cumprimento de suas funções, em conformidade com o que dispõe a legislação e os demais instrumentos de regulação definidos em instâncias legitimadas pela Sociedade (Conferências, em especial).

É da competência privativa do Secretário Municipal de Saúde:

- I. Aprovar os planos e programas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, supervisionando e estabelecendo normas para a respectiva execução;
- II. Propor a concessão de vantagens e retribuição por trabalho especial no âmbito da Secretaria;
- III. Aprovar a antecipação ou prorrogação do período normal de trabalho da Secretaria;
- IV. Autorizar a indicação nominal de servidores para participar de cursos, seminários e outras atividades de interesse da Secretaria;
- V. Delegar competência, através de ato expresso, aos titulares de unidades integrantes da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, que observarão os limites traçados nas delegações.

O papel do Conselho Municipal de Saúde é definido pela legislação específica, com esteio na Lei n.º 8.142 de 28/12/1990, que define a participação da Sociedade no Controle do SUS.

### **3. Qualidade da Prestação dos Serviços em Saúde:**

A aferição dos níveis de satisfação dos usuários dos serviços prestados pelo SUS, tanto em Natal como nas demais cidades do País, experimenta diferentes estágios de maturidade. Em Natal, como apresentado acima, o controle se dá através do exercício dos distintos papéis dos organismos como: Conselho Municipal de Saúde – CMS, Promotoria de Saúde/PROSUS, Secretaria Estadual de Saúde – SESAP/RN e do próprio Ministério da Saúde – MS.

A partir da alimentação dos sistemas informatizados, tem-se importante base de dados para avaliação de desempenho/impacto das ações/serviços, que após serem analisados pelo corpo técnico da SMS, SESAP/RN, PROSUS, CMS e MS, apontam diretrizes para ajustes na política de saúde. Além desses mecanismos, evidencie-se as auditorias por outros órgãos de controle como a Secretaria da Receita Federal, Tribunais de Contas, dentre outros.

Ressalte-se o papel da Vigilância em Saúde, a partir do controle dos condicionantes do processo saúde-doença, acompanhados pelos serviços das vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, como importante elemento de monitoria, como também de proposição de transformações.

Considerando o custeio de forma tripartite, a origem dos recursos pode ser: federal (transferências regulares e automática entre o Fundo Nacional e o Fundo Municipal de Saúde sob a forma de incentivos ou remuneração de serviços produzidos – Fonte 183, e recursos de Convênios – Fonte 181), Estadual (transferências para cumprimento da Política de Assistência Farmacêutica Básica, dentre outras prevista em atos normativos do MS – Fonte 183 e Convênios – Fonte 181) e Municipal (recursos do Tesouro para contrapartida nas ações e serviços de saúde – Fonte 111).

A Emenda Constitucional n.º 029/2000 preconiza a aplicação mínima de 15% (quinze por cento) de recursos oriundos de receita tributária municipal na área da Saúde, situação esta, acompanhada pelo monitoramento contínuo (caráter semestral/anual) do Sistema de informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.

Apresentamos anexa, relação das principais fontes de financiamento com respectiva ação e base legal.

**PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**MEMÓRIA DE CÁLCULOS DA RECEITA SMS – EXERCÍCIO 2006**

Fonte	Especificação	Valor (R\$)	Memória de Cálculo	Base Legal
126	Serviços de Saúde (PAB + MAC)	11.956.000,00	Média anual de produção de serviços unidades municipais MAC/SIA+MAC/SIH = 5.363.000,00 PAB = 484.000,00X12 = 5.808.000,00 FAEC=63.000,00 X 12 = 756.000,00	Portarias 2024 e 2025/GM de 23/09/2004 dentre outras publicadas ao longo do exercício
<b>Subtotal 1 (126)</b>		<b>11.956.000,00</b>	—	—
129	Taxas de Alvará da VISA	289.958,00	Série histórica de arrecadação + 10%	Decreto PMN 7705 de 18/08/05- DOM 772 de 24/08/05
<b>Subtotal 2 (129)</b>		<b>289.958,00</b>		
181	Atenção às Violências	75.000,00	De acordo plano de trabalho aprovado pelo MS	Em fase de celebração
181	Construção de USF (Emenda)	280.000,00	De acordo plano de trabalho aprovado pelo MS	Convênio 1898/2004
181	Casa de Parto e P. Atend. Z. Norte	3.232.315,00	De acordo plano de trabalho aprovado pelo MS	Priorização pelo MS
181	SAMU (4ª e última parcela)	108.000,00	De acordo plano de trabalho aprovado pelo MS	Convênio 3341/2001
181	PRÉ-PROJETOS 2005/2006 MS	898.744,41		Em fase de análise /parecer
<b>Subtotal 3 (181)</b>		<b>4.594.059,41</b>		
183	PAB Fixo	4.151.000,00	Estimativa populacional TCU = 766.081 x R\$13,00	SIS PPI versão 3.15 – MS – Portaria 2025/GM – 23/09/04
183	Gestão Plena (MAC)	64.637.000,00	Média anual Teto Assist à Saúde PPI - Fonte 126	De acordo com a PPI
183	FAEC	12.250.000,00	Valores extrateto definido pelo MS de acordo com saldos financeiros redistribuídos em ações estratégicas	De acordo com o MS
183	Ações Básicas de VISA	382.000,00	(R\$ 0,25 x hab/ano) + (R\$ 0,20 x hab/ano)	Portaria n.º 1212 – 16/06/04
183	Teto Fin. de Vigil.Saúde – TFVS	2.988.300,00	(R\$ 2,98 hab/ano x 2,04/Km <sub>2</sub> ) + (adicional 0,48/hab/ano)	Portaria conjunta n.º 08 – 29/06/04; Portaria 861 – 11/05/04; Portaria 1172 – 15/06/04
183	Adicional do TFVS	186.500,00	Valor fixado pelo MS	Portaria 1349/GM – 24/07/02
183	Campanhas Vacinação	95.000,00	Valor fixado pelo MS	Portarias editadas anualmente no período da campanha
183	Incentivo DST/Aids	443.100,00	Média de valores repassados pelo MS via convênios	Portaria 2313 e 2314/02; 2129 - 06/11/03 e 1071 -

				09/07/03
183	VIGISUS II	182.000,00	Valor previsto negociado junto ao MS	Acordo MS/BIRD 7227/2004
183	Farmácia Básica	1.915.202,50	R\$ 1,00 / hab. Ano + adicional R\$ 0,50 /hab.ano repassado pelo Governo Estadual	Portaria 1015/GM de 05/07/05
183	PACS – Incentivo	2.923.200,00	Quant. ACS x R\$ 300,00/ACS x 12 meses	Portaria n.º 873 – 08/06/05
183	PSF – Incentivo	5.997.024,00	N.º Equipes Saúde da Família x 5.400,00/Equipe x 12 meses	Portaria n.º 396 – 04/04/03
183	Saúde Bucal – Incentivo	836.400,00	N.º Equipes Saúde da Família x 1.700,00/Equipe x 12 meses	Portaria n.º 273 – GM – 27/02/04
183	PROESF	983.255,00	Valor de referência fixado pelo MS	Portaria n.º 281 – 22/02/05
183	Pacto da Redução da Mortalidade (Proesf)	146.000,00	Valor de referência fixado pelo MS	Portaria n.º 281 – 22/02/05
183	NAISF – Incentivo	774.600,00	12 equipes x R\$ 5.400,00/equipe x 12 meses	Portaria 1065/GM de 04/07/05
183	NAISF – Adicional	64.800,00	12 equipes x R\$ 5.400,00/equipe	Portaria em vias de publicação pelo MS
183	SAMU – Incentivo	1.608.000,00	R\$ 134.000,00/mês x 12 meses	Portaria n.º 2048 – 05/11/02
<b>Fonte</b>	<b>Especificação</b>	<b>Valor (R\$)</b>	<b>Memória de Cálculo</b>	<b>Base Legal</b>
183	CEREST – Incentivo (implantação)	20.000,00	Valor de referência fixado pelo MS para implantação	Portaria n.º 455/SAS – 27/08/04
183	CEREST – Adicional (mensal)	144.000,00	Valor de referência fixado pelo MS para implantação - R\$ 12.000,00 x 12 meses	Portaria n.º 455/ SAS – 27/08/04
183	CEO – Incentivo	316.800,00	R\$ 26.400,00/mês x 12 meses	Portaria n.º 1570/GM – 29/07/04
183	CAPS – Adicional	110.000,00	R\$ 50.000,00 (Caps AD) + R\$ 30.000,00 (Caps i) + R\$ 30.000,00 (Caps II)	Portaria n.º 1455/GM – 31/07/03
183	Residência Terapêutica (2 RT)	20.000,00	Valor de referência fixado pelo MS para implantação 2 Residências x R\$ 10.000,00	Portaria 246/GM de 17/02/05
<b>Subtotal 4 (183)</b>		<b>101.174.181,50</b>		
126	Remun. Dep. Banc. – Ações Serv. Pub. de Saúde	119.560,00	Percentual de 1% calculado sobre o valor realizado do balanço 2004	—
181	Remun. Outros Depôs. Banc. – Convênios	45.940,59	Percentual de 1% calculado sobre o valor realizado do balanço 2004	—
183	Remun. Depósitos Bancários – Fundos de Saúde	1.011.741,82	Percentual de 1% calculado sobre o valor realizado do balanço 2004	—
<b>Subtotal 5</b>		<b>1.177.242,41</b>	—	—
<b>126</b>	<b>TOTAL C/ RENDIMENTOS</b>	<b>12.075.560,00</b>		
<b>181</b>	<b>TOTAL C/ RENDIMENTOS</b>	<b>4.640.000,00</b>		
<b>183</b>	<b>TOTAL C/ RENDIMENTOS</b>	<b>102.185.923,32</b>		
<b>TOTAL GERAL (1+2+3+4+5)</b>		<b>119.191.441,32</b>	—	

Fonte: Departamento de Planejamento e Informação – DPI/SMS – agosto/2006.

## **VI – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-SANITÁRIA E EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO:**

A construção de políticas, planos e projetos que tenham por objetivo a reversão dos quadros de vida e saúde da população deve, sobretudo, apoiar-se na compreensão do cenário sócio-sanitário e epidemiológico, adotando uma visão estratégica de intervenção sobre problemas e a utilização de indicadores e parâmetros que permitam aferir a alteração de seus efeitos e resposta, ou impacto, das iniciativas desenvolvidas.

O município de Natal vem demonstrando uma queda no coeficiente de natalidade ao longo dos últimos oito anos. Esse coeficiente que era 26,3 nascidos vivos por 1.000 habitantes em 1995 caiu para 17,9 em 2002. Para a análise do perfil dos nascidos vivos, é importante destacar alguns indicadores que demonstram o risco ao nascer, cujos valores estão apresentados na tabela VIII. A série histórica mostra um aumento significativo da proporção de nascidos vivos de partos operatórios que no último ano chegou a 36,2%. O percentual de baixo peso ao nascer vem se mantendo na faixa entre 7,6% e 9,2%. Os partos prematuros apresentaram uma tendência crescente, com aumentos significativos a partir de 2001. A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes também demonstrou uma tendência crescente até 2001, atingindo 23,1%; em 2002 teve um decréscimo chegando a 21,8%.

Com relação ao perfil de adoecimento da população, observa-se que a Dengue é a doença com a maior incidência na lista de notificações compulsória, desde o início da epidemia em 1997, na qual já apresentava taxa de 2.386 casos notificados por 100.000 habitantes.

A epidemia se apresenta com características cíclicas, com elevação do número de casos em anos ímpares, conforme pode ser observado no gráfico 2. Ressalta-se a preocupação com esse agravamento em virtude da elevada incidência mesmo após 5 anos de epidemia; no ano de 2002 foram notificados 9.097 casos. Embora este número represente uma redução de cerca de 100% em relação ao ano anterior, esse índice ainda continua muito elevado.

Em Natal, as Hepatites Virais agudas figuram nas primeiras colocações da lista dos agravos de maior incidência. No ano de 2002 chegam a atingir 85,5 casos por 100.000 habitantes, que equivalem a 628 casos notificados. No entanto, a maioria desses casos é apenas confirmada clinicamente, ou seja, sem a confirmação laboratorial do agente causal. Tal situação deve-se ao fato da inexistência de um plano interinstitucional para acompanhamento das Hepatites.

Os Acidentes por Animais Peçonhentos têm se colocado entre as principais notificações nos últimos anos, atingindo 1.274 ocorrências no ano de 2001. A maioria (acima de 80 %) dos acidentes é ocasionado por escorpiões. No ano de 2002, o número de casos diminuiu consideravelmente e, possivelmente, um dos motivos é a falta de alimentação dos dados no sistema. O atendimento desse agravamento ocorre em maior proporção no Hospital de referência de Doenças infecto-contagiosas, que, por sua vez, atende um elevado número de casos de Dengue em virtude da epidemia que acomete o município, tendo sido, portanto, priorizado o processamento dessas notificações.

Analisando-se o comportamento das meningites no período de 1998 a 2002, percebe-se um número elevado de casos confirmados em 1998, cuja maior contribuição foi da Meningite Viral. Isto relaciona-se com a aplicação da vacina Tríplice Viral durante a campanha de multivacinação. Nessa campanha foram registrados muitos eventos adversos à vacinação, incluindo entre eles a Meningite Viral. Nos anos seguintes a incidência diminuiu significativamente.

Quanto as Doenças meningocócicas, não ocorreram grandes variações nesse período. Em 2002 a incidência foi de 2,3 casos por 100.000 habitantes. Um fato de destaque é a redução da incidência de Meningite por Hemófilos a partir da disponibilização da vacina HIB nos serviços de saúde no ano de 1999/2000.

Ao longo dos anos com a implementação do plano de controle da rubéola e erradicação do Sarampo, verificou-se uma redução no número de casos notificados e confirmados. Em 2002 apenas 10 casos suspeitos de Sarampo foram notificados e destes, 8 investigados oportunamente e todos descartados laboratorialmente.

No que se refere a Rubéola, destaca-se o surto ocorrido no ano de 2000, quando ocorreram mais de 3.000 notificações com uma incidência de 440,7 casos por 100.000 habitantes. Nos anos posteriores houve uma diminuição caindo para 14,70 casos por 100.000 habitantes em 2002.

O número de casos de tuberculose vem sofrendo poucas oscilações no decorrer do tempo. A taxa de incidência em 2002 foi de 61,8 casos por 100.000 habitantes, sendo 20 a 44 anos a faixa etária mais acometida por essa doença. É importante observar que cerca de 45% dos casos de tuberculose são da forma Pulmonar positiva, levando a uma taxa de incidência de 27,8 casos por 100.000 habitantes.

O percentual de cura dessa doença foi de 66,5% e a taxa de abandono não chegou a 8%. No SIM-Sistema de Informação sobre Mortalidade foram registrados 16 óbitos por Tuberculose em 2002, o que significa uma taxa de mortalidade de 2,18 óbitos por 100.000 habitantes.

Foram detectados 51 novos casos de Hanseníase em 2002, atingindo uma taxa de detecção de 0,69 casos por 10.000 habitantes, levando a uma taxa de prevalência de 1,44 casos por 10.000 habitantes. De acordo com os parâmetros recomendados pela OMS, o município está na classificação de nível endêmico Médio, uma vez que está na faixa compreendida entre 1 e 4 casos por 10.000 habitantes, enquanto que a meta é alcançar menos de 1 até 2005. Dos 45 casos avaliados, 6 tinham grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico o que representa 13,33 %.

Em se tratando da AIDS, apesar da incidência não estar entre as maiores, deve-se considerar a importância que ela tem, aliada ao poder de disseminação. Pode-se observar uma tendência crescente até o ano de 1998 e uma diminuição nos anos seguintes. No último ano foram notificados 69 casos, com coeficiente de incidência de 9,39 casos por 100.000 habitantes. Observa-se ainda através do gráfico 6 que a proporção de mulheres com AIDS aumentou em relação aos homens, no período em estudo. Os grupos etários onde foram registrados os maiores números de casos estão entre 24 e 49 anos.

Quase um terço das ocorrências de internação hospitalar do SUS em 2002 são por causas ligadas à Gravidez, Parto e Puerpério (32,72%). A segunda causa mais freqüente relaciona-se às Doenças do Aparelho Respiratório (12,81%), seguida dos Transtornos Mentais e comportamentais (7,38%) e Doenças do aparelho Circulatório (7,07%). O grupo de Doenças Infecciosas e Parasitárias (6,73%), Aparelho Digestivo (6,72%) e Neoplasias (6,25%) aparecem em quinto, sexto e sétimo lugares na ordem de classificação, em proporções bastantes próximas, conforme tabela abaixo.

Em relação à saúde da criança, observou-se que em 2002, na faixa etária de menos de 5 anos de idade, a taxa de internação por Infecções respiratórias agudas foi em torno de 35 casos por 1.000 crianças nesse grupo etário.

Na população com 40 anos e mais de idade destacam-se as internações por Acidente Vascular Cerebral-AVC e por Insuficiência Cardíaca congestiva-ICC, cujas taxas atingiram, respectivamente, 29,79 e 28,03 internações por 10.000 pessoas na referida faixa etária. A Diabetes tem uma taxa de internação bastante significativa na população geral (3,54), embora na faixa acima de 40 anos essa taxa(9,84) seja ainda maior.

A mortalidade proporcional por causa permite identificar as doenças que mais levam a população ao óbito. A seguir será feita uma análise dos dados do ano de 2002 e do comportamento no período de 1998 a 2002.

No ano de 2002, os cinco grupos de causa de óbitos mais freqüentes foram, por ordem de classificação: Doenças do Aparelho circulatório (29,01%), Neoplasias (17,66%), Causa externas de morbidade e Mortalidade (11,46%), Doenças do Aparelho respiratório (9,21%) e Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (8,06%), ver tabela XV. Esse perfil tem se mantido no período em estudo, com exceção apenas do ano de 2001, onde houve uma inversão na classificação entre esses dois últimos grupos de causas.

Dentre as doenças do aparelho circulatório destaca-se as doenças isquêmicas do coração que representam 39,22% das causas. Observa-se que esse grupo de doenças leva a óbito principalmente as pessoas de faixas etárias mais elevadas. Entretanto, a partir de 20 anos de idade já temos registro de um número significativo de óbitos.

Observa-se que a mortalidade proporcional por Neoplasias sofreu um aumento no período de 1998 a 2002, passando de 14,61% para 17,66%. À medida que a idade aumenta, aumenta a proporção de óbitos por essas causas. Em 2002, as Neoplasias Malignas da Traquéia, brônquios e pulmões ocuparam o 1º lugar na classificação das Neoplasias. Entre aquelas que tiveram Neoplasias, a de Mama foi a 1ª causa de morte das mulheres, seguida da do Colo do útero. No Homem a primeira causa foram as Neoplasias Malignas da Traquéia, brônquios e pulmões e a segunda, as da Próstata.

Nos óbitos por causas externas, observa-se que não houve grandes variações nesse intervalo de tempo, uma vez que a proporção esteve entre 10% e 12%. É importante observar que a maior parte dos óbitos se concentra na faixa etária entre 15 e 39 anos e que é a primeira causa de óbito entre os adolescentes, representando, em 2002, um percentual de 71% dos óbitos na faixa etária de 10 a 19 anos. Em relação ao tipo de violência, vale ressaltar que a quantidade de informações ignoradas abrange mais de 44% dos óbitos desse grupo. Excluído-se esses casos, obtém-se que 61,64% correspondem aos acidentes, 34,48% aos homicídios e 3,88% aos suicídios.

No grupo de Doenças do Aparelho Respiratório, que aparece em 4º lugar na mortalidade proporcional em 2002, destacam-se as Pneumonias em 45,8% dos casos. As faixas etárias mais acometidas por essas doenças estão acima de 70 anos, principalmente depois dos 80 cuja proporção chega a 41%. Vale ressaltar que quase 8% desses óbitos ocorreram em crianças menores de um ano.

Na quinta posição na classificação aparecem as Doenças endócrinas. A Diabetes é a causa de maior frequência, chegando a um percentual de quase 72% do total de mortes nesse grupo, no ano de 2002. Um fato relevante é que a Diabetes é a primeira causa de morte entre as mulheres. As faixas etárias nas quais ocorrem a maior proporção de óbitos são aquelas acima de 50 anos. A segunda causa mais freqüente desse grupo foi a desnutrição (22,45%).

A mortalidade infantil é o indicador tradicionalmente utilizado para avaliação das condições de vida e de saúde da população.

Analisando-se os óbitos de crianças menores de um ano, verifica-se uma grande proporção de óbitos por Afecções originárias do período Perinatal, em torno de 60%, seguida das Anomalias Congênitas (16,72%) e Doenças do Aparelho Respiratório (8,36%).

Comparando-se os dados de mortalidade infantil de 1995 a 2002, percebe-se o declínio nos coeficientes, que passaram de 31,3 em 1995 para 23,7 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos em 2002. Entretanto, os anos de 1998, 2000 e 2001 apresentaram coeficientes inferiores ao ano de 2002.

Com relação aos componentes da mortalidade infantil, vale destacar em 2002 os coeficientes de mortalidade Perinatal (24,9), Neonatal(15,8) e Pós-Neonatal(7,8). Esses valores indicam que a medida que a idade da criança aumenta, diminui o risco de morrer. Esse comportamento se assemelha aos encontrados nos anos anteriores. Entre as mortes Pós-Neonatal, as Pneumonias, a Desnutrição e as Diarréias são as causas mais freqüentes por ordem de classificação.

A Mortalidade Materna é um indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher. A tabela XVIII apresenta uma série histórica com grandes variações nos coeficientes, cujos valores não deixam claro uma tendência. É um indicador ainda difícil de se analisar, visto que é bastante sensível, além do mais é influenciado pela qualidade do preenchimento da declaração de óbito. O coeficiente de Mortalidade Materna acima de 20 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos é considerado alto. O cálculo desse coeficiente para o município de Natal em 2002 apontou para 47,71 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, podendo-se dizer que está bastante elevado.

A avaliação dos indicadores de saúde representa um importante recurso para programação de ações que tenham por finalidade a alteração dos quadros que traduzem as condições de vida da população. Diante dessa perspectiva, apresenta-se a seguir o Pacto da Atenção Básica, contendo os principais indicadores pactuados entre a Gestão Municipal e a Direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, sob o olhar atencioso das instâncias de controle social.

Examinar criteriosamente os indicadores pactuados, bem como o sucesso das políticas delineadas no Plano Municipal de Saúde e outros instrumentos de gestão, constitui uma preocupação diuturna dos que fazem a SMS/Natal.



## INDICADORES DO PACTO ATENÇÃO BÁSICA - 2005

	INDICADORES	Resultado 2004	Meta 2005	Resultado 2005	UNID
	<b>SAÚDE DA CRIANÇA</b>				
1	Taxa de mortalidade infantil	17,73	16,84	16,03	1000
2	Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer	8,61	8,18	8,18	100
3	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	1,69	1,61	1,47	100
4	Taxa de internações por IRA em menores de 5 anos de idade	30,77	30,15	29,74	1000
	Indicador(es) Complementar(es)				
5	Taxa de mortalidade infantil neonatal	12,42	11,80	11,47	1000
	Indicador(es) Opcional(is)				
6	Cobertura de aleitamento materno em crianças menores de 4 meses cadastradas no SIAB	75,67	77,00	76,98	100
	<b>SAÚDE DO ADOLESCENTE</b>				
	Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes	20,95	20,30	21,00	100
	Taxa de mortalidade por causas externas em adolescentes(10-19 anos) masculinos	67,63	64,36	62,50	100000
	<b>SAÚDE DA MULHER</b>				
	Indicador(es) Principal(is)				
7	Taxa de mortalidade materna	44,88	44,88	23,58	100000
8	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	84,71	88,10	85,58	100
9	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	30,48	70,00		100
10	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	0,18	0,21	0,17	qte
	Indicador(es) Complementar(es)				
11	Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero	4,49	4,27	4,76	100000
12	Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama	13,23	12,57	7,93	100000
13	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	43,43	45,60	44,64	100
	Indicador(es) Opcional(is)				
14	Número de casos de Tétano Neonatal	0	0,00		qte
15	Cobertura de unidades c/ Planejamento Familiar implantado	100,00	100,00	100,00	100

16	Cobertura vacinal de gestantes	55,30	60,83		100
	<b>CONTROLE DA HIPERTENSÃO</b>				
	Indicador(es) Principal(is)				
17	Taxa de internação por acidente vascular cerebral-AVC (>=40anos)	27,62	26,24	17,72	10000
18	Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares (>=40anos)	97,24	92,38	87,56	100000
	Indicador(es) Complementar(es)				
19	Taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva-ICC (>=40anos)	27,87	26,48	21,33	10000
	<b>CONTROLE DA DIABETIS</b>				
	Indicador(es) Principal(is)				
20	Proporção de internação por cetoacidose e coma diabético	1,32	1,25	1,29	100
	<b>INDICADORES</b>	Resultado 2004	Meta 2005	Resultado 2005	UNID
	Indicador(es) Complementar(es)				
21	Proporção de internação por diabetes	1,11	1,06	0,89	100
	<b>CONTROLE DA TUBERCULOSE</b>				
	Indicador(es) Principal(is)				
22	Percentual de abandono do tratamento de tuberculose	14,44	6,00		100
	Indicador(es) Complementar(es)				
23	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	27,15	25,79		100000
24	Taxa de mortalidade por tuberculose	1,85	1,81	2,52	100000
	<b>CONTROLE DA HANSENÍASE</b>				
	Indicador(es) Principal(is)				
25	Percentual de abandono do tratamento de hanseníase	19,61	18,24		100
26	Taxa de detecção de casos de hanseníase	0,74	0,74		10000
	Indicador(es) Complementar(es)				
27	Percentual de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados	89,67	90,00		100
28	Taxa de prevalência da hanseníase	0,69	0,69		10000
29	Grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico	16,00	15,20		100
	<b>SAÚDE BUCAL</b>				
	Indicador(es) Principal(is)				
30	Cobertura de primeira consulta odontológica	19,20	24,72	18,29	100
31	Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	0,03	0,04	0,04	qte
	Indicador(es) Complementar(es)				
32	Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais	6,52	6,19	6,24	100

GERAIS					
Indicador(es) Principal(is)					
33	Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF)	46,15	51,44	47,89	100
34	Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante	1,74	2,50	1,53	qte
Indicador(es) Complementar(es)					
35	Média mensal de visitas domiciliares por família	0,35	0,46	0,51	qte
Indicador(es) Opcionall(is)					
36	Incidência de AIDS	8,74	8,13		100000
37	Taxa de Mortalidade por Cancer de Próstata	11,29	10,95	11,05	100000
38	Proporção de casos de sarampo investigados em 48 horas	90,00	100,00		100

Fonte: SMS/DVS/DPI

DATASUS- Arquivos reduzidos de SIH E SIA

[DADOS SUJEITOS A ALTERAÇÕES](#)

## VII – PRINCÍPIOS ORIENTADORES E DIRETRIZES DA GESTÃO

O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE tem como princípio a promoção de articulação política, sendo a base programática das atividades que serão desenvolvidas no âmbito do município, definindo períodos, estratégias, prioridades e metas, e suas respectivas propostas orçamentárias. Sua importância está fortalecida na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080), que estabelece em seu artigo 15 que a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde é a base para programação orçamentária do SUS. A mesma lei, no seu art. 9º estabelece que a direção do SUS deverá ser exercida no âmbito municipal por uma Secretaria Municipal de Saúde, criada por lei municipal, responsável por definir as atribuições e objetivos, bem como as estruturas organizacionais e de cargos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal criada, através da Lei 3.394 em 21 de janeiro de 1986, consolida-se como resultado das reivindicações do movimento sanitário local. A municipalização das ações e serviços é assumida como princípio, para caracterização do novo modelo de assistência, fortalecida com a criação do conselho municipal, em 04 de fevereiro de 1986, através da Lei 4007.

O Fundo Municipal de Saúde criado em 22 de julho de 1991, através da Lei nº 4.006, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, tem por objetivo a promoção de melhores condições gerenciais dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

O Código Sanitário Municipal, criado em 1991 foi o primeiro código público do Estado do Rio Grande do Norte, baseado nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/8142 e também no Código de Defesa do Consumidor. Modificado em 1999, incorporou as diretrizes da NOB/96 e atualmente está em processo de revisão para adequar-se a NOAS/2002.

Este código tem seu escopo bastante abrangente regulamentando todas as ações e serviços pertinentes ao Sistema Municipal, organização e direção da gestão, normas relacionadas a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental saúde do trabalhador, saneamento urbano, controle de zoonoses, calamidades e enchentes; além da previsão de infrações e penalidades e o exercício do poder de polícia para a gestão municipal.

Outros documentos legais são subsídios da gestão municipal, como o Sistema Municipal de Auditoria (Lei nº 4.626 de 13/07/1995) com a atribuição de acompanhar, fiscalizar, controlar e avaliar as ações e serviços da rede própria conveniada e contratada pelo SUS no município.

Com a Norma Operacional Básica (NOB – SUS 01/93-MS), o município de Natal, pelo seu avanço significativo do processo de organização do sistema, habilitou-se em dezembro de 1994 na condição de Gestão Semiplena do Sistema de Saúde.

A NOB-96 consagrou grandes avanços no SUS, orientando para um novo modelo de gestão, redefinindo responsabilidades, orientando a reorganização do modelo assistencial e outros. Natal habilitou-se conforme NOB-96 na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em 1998, permanecendo até então nesta forma de gestão.

A Lei 020/99 é a atual legislação que regulamenta a organização da administração pública municipal, reverberando sobre a organização e a estrutura da SMS e a política de gratificação de pessoal.

O Plano Diretor de Regionalização do RN, orientado pela NOAS-SUS 01/02, classifica Natal como Município Pólo do Sistema de Saúde. Servindo de referência Macro Regional para 79 municípios, 08 Micro-regiões e 17 Módulos Assistenciais.

A Secretaria Municipal de Saúde, atualmente, assume o processo de planejamento como instrumento condutor e indispensável ao desenvolvimento da política de saúde. O eixo de condução é a realidade local, o envolvimento dos profissionais e usuários, a missão e a direcionalidade do sistema municipal de saúde coerentes com os objetivos da política nacional e estadual de saúde.

Atendendo às recomendações da portaria nº 384, de 04 de abril de 2003, o município de Natal pleiteia a sua habilitação na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, permanecendo habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde, pela NOB-96 até que se efetive o cumprimento dos requisitos necessários à sua habilitação em Plena do Sistema Municipal na NOAS-SUS/02. Esta forma de gestão contempla a implementação efetiva do comando único do sistema, a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o monitoramento das ações, através do pacto de indicadores. Implica também, na incorporação de novos serviços para o município, atualmente sob a gestão de outras esferas de governo.

Como já referido, a missão pactuada tem como princípios básicos a garantia da atenção integral à saúde a partir do referencial da promoção da saúde, tendo como eixos estruturantes a acessibilidade, resolutividade, humanização e cidadania.

Com base na missão, as diretrizes norteadoras e operacionais, como a gestão participativa, o fortalecimento do processo de distritalização, a modernização administrativa, a reorganização do modelo de atenção e o desenvolvimento de RH possibilitam a construção do arcabouço institucional necessário à consolidação de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo para a população de Natal.

## VIII – PERSPECTIVAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

O ano de 2005 foi marcado pelos compromissos assumidos com a comunidade. A evolução positiva dos dados apresentados aponta o sucesso do trabalho desenvolvido. Os resultados dessas ações são visíveis nos indicadores, hoje, a população tem acesso a mais serviços com melhor organização, possibilitando a construção de um modelo que privilegia a promoção da saúde e a prevenção de riscos e enfermidades. Para tanto, mais unidades de saúde foram implantadas, serviços ampliados e diversificados, profissionais contratados, permitindo uma cobertura ampliada da população assistida.

Podemos afirmar que muito avançamos, mas temos há certeza que muito ainda precisa ser feito. É nessa **perspectiva** que destacamos as principais metas para 2006:

- Ampliar para 146 o número de equipes de saúde da família;
- Ampliar para 146 o número de equipes de saúde bucal;
- Implantar o 1º Hospital Municipal de Natal, com atendimento em Clínica Médica e Traumatologia-Ortopedia;
- Implementar a central metropolitana e regulação integrando-a ao complexo regulador;
- Garantir medicamentos estratégicos a pessoas portadoras de transtornos mentais, HIV/Aids, tuberculose, diabetes e hipertensão;
- Ampliar a cobertura por métodos contraceptivos proporcionalmente a expansão das Unidades do PSF;
- Manter o elenco de medicamentos básicos disponível nas unidades de saúde;
- Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, priorizados os segmentos populacionais mais expostos;
- Assegurar os índices de cobertura vacinal conforme parâmetros pactuados;
- Reduzir a infestação predial pelo *Aedes aegypti* a percentual inferior ou igual a 3%;
- Implantar a vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis;
- Implantar a unidade de resposta rápida as emergências epidemiológicas, objetivando atuar frente às doenças emergentes e reemergentes tais como: pandemia da influenza, febre maculosa, gripe aviária, e outros agravos;

- Intensificar ações de prevenção ao câncer de colo de útero e de mama e próstata ;
- Detectar os casos de tuberculose, reduzir a taxa de abandono ao tratamento;
- Promover o controle qualidade da água para consumo humano;
- Proporcionar acesso ao atendimento a pessoas em situação de violência;
- Implementar tecnologicamente e reformar 4 (quatro) pronto atendimento para atenção as urgências e emergências;
- Implementar a rede municipal de reabilitação para pessoas portadora de deficiência motora, visual, auditiva e mental;
- Expandir a rede de serviços extra-hospitalares para transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em 5 (cinco) serviços (Residência terapêutica do Distrito Oeste, Capsi Ad-Oeste, Caps II-Norte, Caps Ad II Sul e Capsi - Norte);
- Elaborar o Plano Municipal de Saúde pactuando metas estratégicas para melhoria de condições de saúde da população e para a resolutividade do SUS no quadriênio 2006-2009;
- Aprimorar os processos de negociação e pactuação contribuindo para o atendimento a população referencia de acordo com as necessidades pactuadas;
- Implantar ouvidoria municipal de saúde;
- Construir uma rede de informação/informatizada para a gestão do SUS e atenção integral à saúde;
- Formular a implementar política de comunicação social buscando ampla divulgação do SUS quanto aos seus princípios, diretrizes e avanços;
- Implantar os Conselhos Gestores em 100% das Unidades de Saúde;
- Implementar uma política de educação permanente para o SUS em conjunto com os demais entes e instituições formadoras;
- Beneficiar cerca de 400 famílias do loteamento Nossa Senhora da Apresentação, com a instalação de melhorias sanitárias domiciliares;
- Ampliar o Centro Controle Zoonose;
- Implantar 4 (quatro) postos avançados de controle de Zoonoses;
- Implantar uma Central de Esterilização no Distrito Norte;
- Construção de maternidade Zona Norte;
- Construção de 11 (onze) Unidades de Saúde da Família, sendo 5 (cinco) no Distrito Norte e 6 (seis) no Distrito Oeste;
- Reformar 13 (treze) unidades básicas e a Unidade Mista de Felipe Camarão;
- Continuar Climatização de salas de vacinas, consultórios e prontos atendimentos;
- Implantar Unidade Básica de Saúde no Alecrim;
- Construir a Central Municipal de Medicamentos.