

PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



*Plano Municipal de Saúde
de Natal*

2014 - 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2014-2017

Natal/RN, Fevereiro/2014

PREFEITO

Carlos Eduardo Nunes Alves

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Cipriano Maia de Vasconcelos

SECRETÁRIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Márcia Cunha da Silva Pellense

SECRETÁRIA ADJUNTA DE GESTÃO DO TRABALHO E SUPORTE IMEDIATO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Miranice Nunes dos Santos Crives

COORDENADOR GERAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

George Antunes de Oliveira

CHEFE DA ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E DA GESTÃO DO SUS

Kátia Maria Queiroz Correia

EQUIPE DE CONDUÇÃO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PMS

Ilza Carla Bernardes Ribas

Iza Cristina Leal Amaral

Kátia Maria Queiroz Correia

Lívia Maria Martins da Silva

Linete Cunha Souza Maia

Maria das Graças de Amorim Pessoa

Roberval Edson Pinheiro

Ronaldo Bezerra Cavalcante Machado

Douglas Ferreira Enedino Albino

MARCO SONHADOR

Uma cidade pode ser um marco, um rio com seus veleiros ancorados.
Pode ser uma ponte com pessoas a passar
Posso até fazer uma alusão ao rio e o mar
Uma cidade pode ser um mangue, a proteger teu litoral.
Uma cidade pode até se desencantar
Seja por tua beleza
Seja pelas ações contagiantes
Dos programas saltitantes que nos leva ao ápice do caminhar.
Através da saúde de teu povo
Deixo-me levar
A uma cidade encantada que margeia o rio e mar
No acalanto do tempo vejo ressurgir uma Natal ostentosa
Como nunca vi
Vejo o clarão do dia ressurgindo nas águas mornas do mar
Dando brilho a cidade que se veste com tua luz
Atravessamos as ruas indo de norte ao sul, de leste a oeste.
Formando uma roda que gira num eixo só
Unificando os distritos com o enlace de todo o programa anual
Abrindo caminhos de atuação
Onde todos tenham conhecimentos para poder compartilhar
E toda população se encantará
Serão beneficiadas desde nascer
Podendo contemplar sua adolescência
E ter alusão a sua velhice
Se deslumbrando com a natureza sem igual
Passeando à tardinha num barco cantador
Sentido o canto do rio indo de encontro ao mar
Entre uma volta e outra ir até a pedra do Rosário
Se deliciando com o pôr do sol
Tal qual um pescador que tira do rio o seu sustento
E continuamos com este marco sonhador
Velejando ao futuro
Com as mãos atadas
A concretizar todo que se solidificou
Já vejo florescer as rosas
Dando evasão ao novo tempo que ressurgi
Ativando os programas
Entrelaçando todos num laço só

Margarida Cabral
Enfermeira da Sede do Distrito Sul

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Pirâmide etária da população de Natal dos anos de 2000 e 2010.	15
Gráfico 2: Receitas de impostos e transferência constitucionais por ano. Natal/RN. 2004-2013	70
Gráfico 3: Receitas transferidas pelo SUS por ano. Natal/RN-2004-2013	71
Gráfico 4: Receitas transferidas pelo SUS por habitante/ano. Natal/RN-2004-2013	71
Gráfico 5: Despesa total com saúde por ano. Natal/RN-2004-2013	72
Gráfico 6: Despesas com ações e serviços públicos de saúde (DASPS), realizadas com recursos próprios por ano. Natal/RN-2004-2013	73
Gráfico 7: Aplicação de recursos próprios em saúde – EC 29 próprios por ano. Natal/RN-2004- 2013	73

Lista de Quadros

Quadro 1: Número de casos notificados e confirmados de Febre Hemorrágica da Dengue. Natal/RN. 2008-2012.	27
Quadro 2: Frequência de óbitos ocorridos em Natal/RN. 2008-2012.	27
Quadro 3: Rede própria de Serviços Municipais de Saúde por Distrito Sanitário. Natal/RN.	29
Quadro 4: Unidades de Saúde que dispõem de Postos de Coleta	51
Quadro 5: Relação dos laboratórios que coletam e realizam exames laboratoriais para pacientes em atendimento nas suas dependências	52
Quadro 6: Exames segundo a forma de regulação e liberação	54
Quadro 7: exames ofertados de forma atrelada à assistência ambulatorial ou de urgência, realizados na própria unidade de saúde.	55
Quadro 8: Correspondência entre diretrizes e objetivos do PNS/PPA Federal 2012-2015, COAP e PMS/PPA 2014-2017	119
Quadro 9: Consolidado dos eixos do PPA Natal 2014 a 2017 (em R\$ 1.000,00)	121
Quadro 10: Valores orçados para ações do PPA Natal 2014 a 2017 no Programa Vida Saudável.	122

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição de casos de Rubéola segundo ano de notificação e Faixa etária. Natal/RN. 2008 a 2012.	23
Tabela 2: Série Histórica de Positividade em Morcego em Natal/RN. 2008 a 2012.	25
Tabela 3: Distribuição de casos de Dengue Clássico. Natal/RN. 2008-2012.	26
Tabela 4: Número de casos residentes em Natal com agravos relacionados à Saúde do Trabalhador. 2009 a 2012	28
Tabela 5: Rede de serviços hospitalares do Sistema único de Saúde (SUS) no município de Natal /RN, segundo esfera administrativa.	30
Tabela 6: Leitos hospitalares existentes no município de Natal, segundo especialidade. 2013.	36
Tabela 7: Leitos hospitalares complementares existentes no município de Natal. 2013.	37
Tabela 8: Número de internações ocorridas no município, no ano de 2013. Natal/RN	38
Tabela 9: Número de internações ocorridas no município, segundo especialidade e ano de ocorrência. Natal/RN-2010-2013.....	38
Tabela 10: Número de internações ocorridas no município, segundo especialidade e residência. Natal/RN-2010-2013	38

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	11
2	ANÁLISE SITUACIONAL	13
2.1	PERFIL DEMOGRÁFICO.....	15
2.2	ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS	16
2.3	SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	17
2.3.1	<i>Mortalidade Geral.....</i>	<i>17</i>
2.3.2	<i>Mortalidade Infantil.....</i>	<i>18</i>
2.3.3	<i>Mortalidade Materna.....</i>	<i>18</i>
2.3.4	<i>Doenças de Notificação Compulsória.....</i>	<i>19</i>
2.4	ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	29
2.4.1	<i>Estrutura da Rede própria de serviços ambulatoriais e hospitalares.....</i>	<i>29</i>
2.4.2	<i>Modelo de Atenção</i>	<i>31</i>
2.4.3	<i>Atenção Especializada.....</i>	<i>34</i>
2.4.4	<i>Redes de Atenção à Saúde.....</i>	<i>39</i>
2.4.5	<i>Assistência Farmacêutica</i>	<i>48</i>
2.4.6	<i>Apoio Diagnóstico</i>	<i>51</i>
2.5	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	56
2.5.1	<i>Vigilância Epidemiológica.....</i>	<i>57</i>
2.5.2	<i>Vigilância Sanitária</i>	<i>57</i>
2.5.3	<i>Vigilância da Saúde do Trabalhador</i>	<i>57</i>
2.5.4	<i>Vigilância Ambiental</i>	<i>58</i>
2.5.5	<i>Vigilância das Zoonoses.....</i>	<i>58</i>
2.6	GESTÃO DO SUS EM NATAL.....	59
2.6.1	<i>Caracterização Geral da Estrutura Organizativa</i>	<i>59</i>
2.6.2	<i>Estrutura funcional do Sistema Municipal de Saúde.....</i>	<i>59</i>
2.6.3	<i>Controle Social</i>	<i>63</i>
2.6.4	<i>Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde.....</i>	<i>64</i>
2.6.5	<i>Planificação em Saúde.....</i>	<i>66</i>
2.6.6	<i>Financiamento do SUS em Natal.....</i>	<i>68</i>
2.6.7	<i>Regulação Assistencial</i>	<i>74</i>
3	DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	77

3.1	EIXO 1: GESTÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.	77
3.1.1	<i>DIRETRIZ 1. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade, mediante a adequação do perfil das unidades de saúde da rede pública municipal e do aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada à luz da PNH, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.</i>	<i>81</i>
3.1.2	<i>DIRETRIZ 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</i>	<i>85</i>
3.1.3	<i>DIRETRIZ 3. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.</i>	<i>91</i>
3.1.4	<i>DIRETRIZ 4. Garantia do apoio diagnóstico no âmbito do SUS.</i>	<i>93</i>
3.2	EIXO 2: GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO SUS.	95
3.2.1	<i>DIRETRIZ 5. Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.</i>	<i>98</i>
3.2.2	<i>DIRETRIZ 6. Potencialização da Participação e Controle Social, da Educação Popular e da Ouvidoria do SUS.</i>	<i>100</i>
3.2.3	<i>DIRETRIZ 7. Implementação de novo modelo de gestão, centrados no planejamento integrado, na informação em saúde, na intersectorialidade e na relação interfederativa, com foco em resultados e em um financiamento estável.</i>	<i>102</i>
3.2.4	<i>DIRETRIZ 8: Potencialização da Função Regulatória e dos instrumentos de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</i>	<i>104</i>
3.2.5	<i>DIRETRIZ 9. Modernização da Gestão Administrativa, Orçamentária e Financeira.</i>	<i>106</i>
4	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (M&A)	109
5	VIABILIDADE E SUSTENTABILIDADE	115
6	REFERÊNCIAS	127
7	ANEXOS	131

1 APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal apresenta o plano do município para o setor saúde, demonstrando os compromissos e as intenções da gestão para o quadriênio 2014-2017, por meio da definição de dois eixos prioritários: a Gestão da Atenção Integral à Saúde, e a Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

Configurando-se como um instrumento de gestão, o Plano Municipal de Saúde de Natal compõe-se de quatro partes. Essa estrutura encontra apoio na legislação de base, sobretudo nas orientações normativas do Sistema Nacional de Planejamento do SUS e no processo de discussão empreendido na SMS.

A primeira constitui-se de uma análise situacional, estruturada em seis seções, explicitando os aspectos sócios demográficos e a situação de saúde da população, as características do acesso às ações e aos serviços de saúde, da vigilância em saúde e da gestão do SUS em Natal.

A segunda expõe as diretrizes, os objetivos e as metas que traduzem as intenções e resultados a serem buscados pelo município para o enfrentamento dos problemas evidenciados e a melhoria da qualidade dos serviços ofertados pela rede assistencial, a fim de impactar positivamente sobre o perfil de saúde da população, norteando as ações a serem desencadeadas para o alcance dos efeitos pretendidos no período, em cada um dos eixos prioritários delineados.

O monitoramento e a avaliação deste instrumento é o foco da terceira parte, sendo exercido por meio do acompanhamento da execução da Programação Anual, analisando-se os indicadores estabelecidos para cada meta e ação definidas, garantindo a eficácia deste processo e permitindo a realização dos ajustes que se fizerem necessários.

A última parte, aborda os mecanismos e táticas para alcance da viabilidade do plano, apontando a previsão orçamentária do componente saúde para o período de execução do plano e a contínua aferição de sua trajetória executiva.

Para a elaboração do plano adotou-se a metodologia participativa, a partir do desenvolvimento de um processo de discussão abrangente efetivado por meio de fóruns realizados nos âmbitos local, distrital e central, com o envolvimento do Conselho Municipal de Saúde, sobre as características e deficiências dos serviços da rede municipal, o perfil epidemiológico e as demandas dos usuários, sendo o produto destes debates disponibilizados sob a forma de versão preliminar para apreciação pública, por meio do site da Prefeitura Municipal de Natal.

Procurou-se, desse modo, dotar o processo de construção deste instrumento de transparência e coerência com a realidade de saúde da população, norteado pela lógica do planejamento integrado, com o fim de viabilizar as diretrizes do controle social e possibilitar a transversalidade das ações de atenção à saúde.

Vale salientar que o presente plano representa o instrumento balizador para a realização das programações do setor saúde, tendo sido as suas premissas ajustadas à proposta orçamentária, traduzindo as orientações necessárias para a elaboração dos instrumentos de planejamento da Administração Pública, a fim de compatibilizar as precisões da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros e, ainda, de possibilitar a execução das matrizes programáticas, propiciando uma boa aproximação entre a estrutura física e estrutura orçamentária.

Finalmente, destaca-se que, sem ferir a autonomia municipal, a definição das linhas gerais do processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Natal foi desenvolvida consoante aos princípios e diretrizes adotados na legislação básica e normas do SUS, sendo consideradas as diretrizes gerais inerentes às políticas de saúde já estabelecidas no âmbito nacional e estadual, com a devida adequação à realidade do município e às prioridades da gestão municipal.

Assim, considera-se que este plano caracteriza-se como um instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços, a ser utilizado como base para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde na esfera municipal, sendo considerado como essencial para uma boa gestão em saúde.

ANÁLISE SITUACIONAL

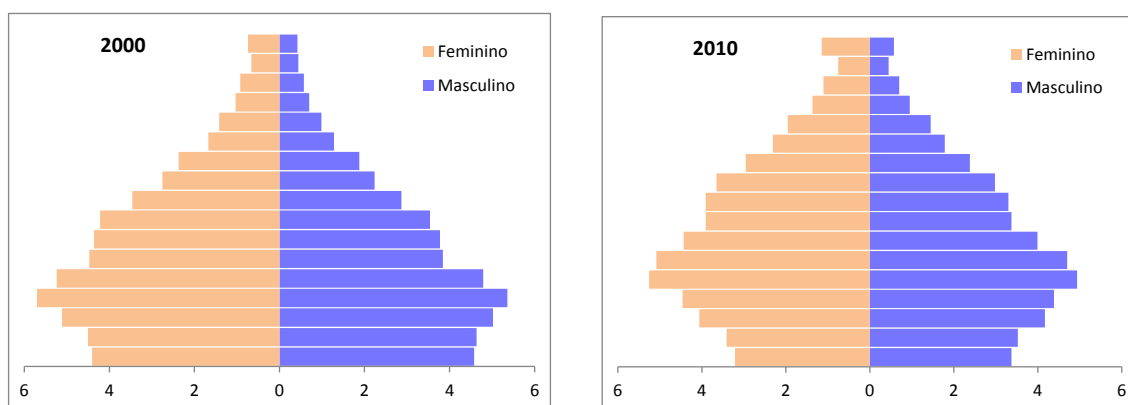
2.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, tem uma população de 853.928 habitantes, distribuída em 167,3 km² da sua área territorial. É um município 100% urbano, com densidade demográfica de 4.805,24 habitantes/km². Sua população corresponde a um quarto da população do estado, com predominância de mulheres, cujo percentual é de 53%.

A população de Natal cresceu menos nos últimos anos, tendo em vista que a taxa de crescimento diminuiu de 1,80(período: 1991-2000) para 1,21(período: 2000-2010). As famílias estão cada vez menores e, no ultimo censo, a média encontrada foi de 3,4 pessoas por domicílio.

O gráfico da pirâmide abaixo evidencia a transição demográfica que vem ocorrendo, inclusive no Brasil, tendo como principais causas, a queda de mortalidade, aumento da expectativa de vida ao nascer e redução da natalidade. Como consequência, ocorreu uma redução da população jovem e aumento da população de idosos, com tendência a maior longevidade feminina, em função da violência que atinge mais os homens.

Gráfico 1: Pirâmide etária da população de Natal dos anos de 2000 e 2010.



A região Norte da cidade concentra a maior parte da população do município, em torno de 38,3%, e a menos populosa é a região Leste com percentual de 14,1%. A Região Oeste conta com 27,1% da população e a Sul com 20,5%.

A região que mais cresceu foi a Norte, principalmente nos bairros da Redinha, Nossa senhora da Apresentação e Pajuçara. Já na região Leste, a população dos bairros vem diminuindo ao longo do tempo, com exceção de Areia Preta que teve a maior taxa de crescimento do município no período intercensitário (2000-2010).

Os bairros com maior proporção de crianças e adolescentes são Guarapes e Felipe Camarão na Região Oeste e, na região Norte da cidade, destacam-se Salinas, Potengi e Igapó. A população idosa tem maior concentração na Região Leste, principalmente nos bairros de Tirol e Lagoa Seca.

2.2 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Renda

O censo de 2012 em Natal revelou que em 2012 o valor do rendimento médio mensal dos domicílios particulares permanentes era de R\$2.657,61, sendo o terceiro maior rendimento entre as capitais do nordeste.

Comparando-se os rendimentos por região administrativa, verifica-se que a zona Sul tem a maior renda do município, seguida da Leste, com valores de R\$5.155,63 e R\$4.269,22, respectivamente. As regiões com poder aquisitivo menor apresentaram os menores rendimentos: a região Norte ficou com valor médio de R\$1.392,66 e a Oeste com R\$ 1.467,53.

Educação

De acordo com os dados do IBGE, a taxa de analfabetismo reduziu em Natal, tendo diminuído de 11,9 para 8,3%. O menor índice de analfabetismo encontrado foi na região Sul e o maior na região Oeste.

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

Em relação ao índice de desenvolvimento humano (IDH), observa-se que Natal, com IDH 0,763, tem o índice superior ao do estado do RN (0,684), sendo também o segundo maior entre os municípios, ficando atrás apenas de Parnamirim. Importante observar que Natal teve uma evolução positiva nesse indicador, tendo em vista que vem melhorando ano a ano. O componente que mais evoluiu foi o da educação, que mais do que dobrou nessas últimas duas décadas.

Infraestrutura

Quanto à infraestrutura, a cidade de Natal tem 100% de seus domicílios atendidos pela rede elétrica e abastecimento de água. As condições de saneamento do município (Censo 2010) ainda estão longe de serem avaliadas como adequadas, tendo em vista que apenas 32% dos domicílios têm saneamento básico.

Natal é atendida por sistema público de abastecimento de água, captada através de reservatórios subterrâneos, sistemas de poços artesianos e dos aquíferos superficiais, lagoas do Jiqui e Extremoz.

2.3 SITUAÇÃO DE SAÚDE

2.3.1 Mortalidade Geral

O coeficiente geral de mortalidade nos últimos anos apresentou aumento, tendo passado de 5,0 em 2006 para 6,0 óbitos para cada 1.000 habitantes em 2012, resultando de um incremento de 23% no número de óbitos no município. No período analisado verifica-se que o coeficiente de mortalidade do sexo masculino é superior ao do feminino.

Verifica-se que as taxas mais altas de mortalidade ocorrem na população das faixas etárias mais elevadas, como é o esperado. Ao cruzar a faixa etária com o sexo, percebem-se resultados importantes: entre os adolescentes de 15 a 19 anos a taxa de mortalidade é extremamente superior nos homens e, em 2012 chegou a ser quase sete vezes maior do que nas mulheres. Na faixa de 20 a 29 anos, a taxa de

mortalidade masculina também foi alta e ficou em torno de seis vezes maior que a feminina.

No que diz respeito às causas de mortalidade no município de Natal, tem-se como principal causa as doenças do aparelho circulatório, representando pouco mais de um quarto do total dos óbitos, no ano de 2012, seguido das neoplasias como causa de 17,58% dos óbitos. As causas externas foram o terceiro grupo de causas mais frequentes de mortes no município, representando 13,60%. As doenças do aparelho respiratório também tiveram um peso importante na mortalidade do município visto que representaram quase 9% das causas de morte.

Em quinto lugar aparecem as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, cuja proporção em 2012 foi de quase 8%.

No Brasil, as quatro primeiras causas de mortalidade coincidem com as encontradas em Natal na mesma ordem de classificação.

2.3.2 Mortalidade Infantil

A Mortalidade infantil é considerada um dos melhores indicadores para a avaliação da qualidade da assistência à saúde, bem como do nível sócio-econômico de uma população.

Em Natal, a taxa de mortalidade infantil teve uma queda importante no período de 2008 a 2012, diminuindo de 16,4 para 12,4 óbitos menores de um ano por mil nascidos vivos. Ressalta-se que, durante esse período, o coeficiente de mortalidade neonatal se mostrou superior ao coeficiente pós-neonatal.

2.3.3 Mortalidade Materna

A mortalidade Materna no município de Natal tem apresentado oscilações, no que diz respeito ao número de óbitos por causas relacionadas ao pré-natal, parto ou puerpério, no período entre os anos de 2008 a 2012. Observa-se um aumento significativo no número de mortes maternas no ano de 2011, cuja ocorrência foi de 8 óbitos, enquanto que nos outros anos o número de óbitos variou entre 4 e 5. Em 2011 o coeficiente de Mortalidade materna foi de 65,17 óbitos por 100mil nascidos vivos e, em 2012 esse valor caiu para 40,9.

O município de Natal ainda enfrenta algumas dificuldades relacionadas ao preenchimento incorreto das declarações de óbitos, principalmente com relação ao campo 43 da declaração, onde há omissão da causa da morte relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério, comprometendo a informação e a avaliação do banco de dados, afetando na tomada de decisão com relação à atenção à saúde da gestante.

2.3.4 Doenças de Notificação Compulsória

Na morbidade ambulatorial, serão analisadas apenas as doenças de notificação compulsória, registradas no Sistema de Informações de agravos de notificação (SINAN) que não retratam o perfil das doenças de maior incidência no município, mas registra os agravos de relevância Municipal.

AIDS

A frequência mensal de casos de Aids em adultos é de 129 casos/mês. Os dados demonstram a ocorrência de redução de 29,4% de casos no ano de 2012 em relação ao ano anterior.

Em 2012 a incidência foi de 13,4 casos por 100.000 habitantes. A incidência máxima do período ocorreu em 2011 com 156 casos, correspondendo a uma taxa de incidência de 19,1 casos por 100.000 habitantes. A Secretaria Municipal de Saúde em 2010 implantou o SAE (Serviço de Atenção Especializada) com equipe multidisciplinar, para atender usuários com HIV/AIDS e realizar testagens para qualquer cidadão. A confirmação do vírus HIV indica a existência de condições favoráveis à transmissão da doença, por via sexual, sanguínea ou por transmissão vertical, entretanto a situação atual de infecção pelo HIV no período de testagem, não reflete a doença, cujos sinais e sintomas surgem, em geral, após longo período de infecção assintomática (em média 8 anos), no qual o indivíduo permanece infectante.

O primeiro caso de Aids em Adulto em Natal, foi notificado em 1983, em um paciente do sexo masculino. Em mulheres o primeiro caso notificado em Natal, foi em 1982.

No período de 2008 a 2012 foram notificados um total de 644 casos, sendo a maioria do sexo masculino com 484 casos (75,2 %) contra 160 (24,8%) do sexo feminino. Observa-se que a incidência no sexo masculino é três vezes maior do que no feminino, neste período. A razão de sexo foi de 3,0 casos de AIDS em homens para cada caso em mulheres.

Entre as mulheres houve uma redução de 63 % de casos no ano 2012, em relação ao ano de 2011.

Com relação à Aids em crianças(menores de 13 anos), o primeiro caso foi notificado em 1992. Em 2008 e 2009 foram registrados 3 casos respectivamente. Tanto em 2010 quanto em 2011 o número de casos reduziu para 2, porém, em 2012 aconteceu um aumento tendo sido registrado 5 casos em crianças residentes em Natal.

Sífilis Congênita

A sífilis congênita é causa frequente de morbimortalidade perinatal. Trata-se de uma doença passível de prevenção, de agente etiológico e modo de transmissão conhecidos, cuja eliminação é possível desde que a mulher infectada pelo *Treponema pallidum* seja identificada e tratada antes e durante a gestação; porém o controle da infecção permanece como um grande desafio para os serviços assistenciais e de vigilância epidemiológica. Em Natal, é um agravo que requer uma atenção especial visto que o número de casos tem aumentando bastante no período analisado de 2008 a 2012.

A sífilis congênita deve ser analisada também como um "evento sentinela", ou seja, que serve para a identificação de pontos frágeis na atenção básica, assistência e tratamento dos parceiros. Trata-se de uma prática de avaliação de serviços de saúde capaz de orientar novas intervenções de impacto na qualidade da assistência.

O Ministério da Saúde preconiza para o controle da sífilis congênita a taxa de detecção abaixo de até 0,5 casos a cada 1.000 nascidos vivos. É importante frisar que a cada ano Natal tem um número maior de casos, tendo alcançado o

valor de 11,2 casos por 1.000 nascidos vivos em 2012, que corresponde 22 vezes mais do que o recomendado.

Tuberculose

A tuberculose (TB) continua sendo um grave problema de saúde pública, merecendo por parte dos profissionais, das autoridades e da sociedade em geral, uma especial atenção considerando sua magnitude, seus aspectos humanitários e vulnerabilidade, responsável por cerca de 124 mortes de 2008 a 2013, no município de Natal. É importante ressaltar que em média, morrem anualmente 21 pessoas por Tuberculose e a maioria desses óbitos ocorrem em unidades hospitalares, tendo como fatores mais importantes dessa mortalidade, o diagnóstico tardio e as formas associadas a AIDS.

No município de Natal, a Tuberculose tem se mostrado persistente. No período de 2008 a 2013, foram notificados 3241 casos de tuberculose. Desses, 1790 que corresponde a 55,2% foram curados, 407 clientes que corresponde a 12,6% abandonaram o tratamento, 124 óbitos por Tuberculose que equivale a 3,8% e 75 óbitos por outras causas correspondendo a 2,3%. Dos 845 casos restantes, 16,9% foram encerrados por transferência, 9,0% ainda continuam sem informação e 0,1% Tuberculose multirresistente.

A média anual de casos de tuberculose em Natal no período em estudo foi 540. Em 2013, foram registrados 649 casos mostrando um acréscimo de 161 casos em relação ao ano anterior, correspondendo a 33,3%. Com isso, o coeficiente de incidência Tuberculose passou de 66,7% em 2008 para 76,6% em 2013, ocorrendo em 2012 o menor número de casos.

O aumento da incidência da Tuberculose em 2013 está relacionado ao tratamento inadequado e a alta taxa de abandono, em anos anteriores, responsáveis pelo crescimento no número de casos, como mostram os dados acima.

As estratégias para detecção de casos de Tuberculose proposta pelo Ministério da Saúde têm suas ações voltadas para a busca de casos com base na identificação do tossidor crônico e do diagnóstico bacilosκόpicó dos casos pulmonares, que é na

verdade 87% do total de casos de Tuberculose. A confirmação diagnóstica dos casos não bacilíferos e o tratamento de casos com algum tipo de complicação, devem ser feitos através do atendimento hierarquizado em unidades de referência por profissionais qualificados.

Falhas no controle global da Tuberculose com programas de controle pouco efetivos tem contribuído para mortalidade e multidrogarresistência.

Hanseníase

Em Natal, o número de casos novos de hanseníase vem se mantendo em torno da média de 47 casos por ano, considerando o período de 2008 a 2012. Neste período tivemos uma frequência acumulada de 237 casos, sendo 122 masculinos (51,5%) e 115 feminino(48,5%).

A taxa de detecção em 2012 foi de 5,2 casos novos por 100.000 mil habitantes, porém já alcançou valores bem mais altos em anos anteriores: em 2009 foi de 7,7 casos novos por 100.000 mil habitantes e em 2014 chegou a 9,14 casos por 100.000 mil habitantes.

Hepatite

As hepatites virais, em sua maioria, são doenças silenciosas, que em muitas fases passam despercebidas na vida das pessoas, até o momento em que os sinais e sintomas começam a aparecer e a doença se manifesta. Em razão do amplo espectro dessas doenças e da proporção considerável de casos assintomáticos que permanecem desconhecidos do sistema de vigilância, presume-se que muitos casos não sejam registrados, gerando elevada subnotificação.

Contudo, ainda observam-se falhas no preenchimento das fichas de investigação dos casos de hepatite, com elevado percentual de campos ignorados/em branco, o que pode comprometer a confiabilidade e o uso estratégico da informação de vigilância para a tomada de decisões em nível municipal, apontando a necessidade de aprimorar a qualidade de preenchimento das fichas.

No Brasil, a notificação compulsória das hepatites virais começou em 1996. No período de 2008 a 2012, o município do Natal notificou 486 casos de hepatites virais. Nesses 5 anos, o número de casos por ano oscilou bastante, variando entre 69 a 116. A hepatite C foi a que apresentou maior percentual, 37% dos casos notificados.

A maior taxa de detecção de hepatite B ocorreu em 2012, com valor de 5,6 casos por 100.000 habitantes e a menor em 2009, cujo valor foi de 1,5 casos por 100.000 habitantes. O Brasil registrou 7,6 casos de hepatite B por cada 100 mil habitantes, no ano de 2009. A maior taxa observada no país foi do Estado do Acre (96,2) e, a menor, do Rio Grande do Norte (1,1). Natal apresentou 1,5 casos.

Doenças Exantemáticas

Em consequência das ações do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, Natal não tem casos de sarampo desde o ano de 2000. Portanto, as doenças exantemáticas aqui se referem apenas aos casos de rubéola.

A rubéola é uma doença muito contagiosa de origem viral com uma evolução benigna e que afeta, sobretudo, as crianças com menos de 10 anos, embora a sua incidência seja atualmente reduzida nos países onde se procede a vacinação infantil. A maior frequência em Natal se encontra em crianças de 01 a 09 anos de idade. Com relação à distribuição por sexo, ocorreram 05 casos do sexo feminino e 02 do masculino no período em análise.

Tabela 1 - Distribuição de casos de Rubéola segundo ano de notificação e Faixa etária. Natal/RN. 2008 a 2012.

Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012	Total
1- 4	3	-	-	-	-	3
5 - 9	2	-	-	-	-	2
15 - 19	-	-	-	1	-	1
20 - 34	-	-	-	-	1	1
Total	5	-	-	1	1	7

Fonte: SMS/DVS/VE/NAN

* Dados sujeitos a alteração.

Varicela

A varicela (popularmente conhecida como catapora) é uma doença infecciosa aguda, comum na infância, altamente contagiosa.

É um agravo de interesse local, não fazendo parte da lista nacional de doenças de notificação obrigatória, tendo em vista a sua grande incidência, a característica de sazonalidade e de regularidade nas notificações, além de ser uma doença típica da região. Deste modo, há necessidade de se ter um olhar mais vigilante, buscando meios para o seu enfrentamento em caráter preventivo, bem como curativo, quando necessário.

No período em análise foram notificados 4.175 casos, dando uma média de 835 casos por ano. Ocorre tanto em homens quanto em mulheres, porém no sexo masculino a frequência é um pouco maior, 53%.

Meningite

A meningite Meningocócica se apresenta como um importante agravo de notificação compulsória. De 2008 a 2010 a média anual foi de 65 casos, porém em 2011, houve um aumento e quase chegou a dobrar. No ano seguinte voltou a cair, chegando a 58 casos em 2012, representando uma redução de 49,5% de casos em relação ao ano anterior.

Zoonoses e agravos determinados por animais

Raiva

O último caso humano de raiva no município de Natal foi em 1983 sendo mantida a casuística zero, obtida, através de ações relacionadas a cães e gatos, tais como buscas domiciliares, busca de acidentados e de cadáveres de quirópteros e outros animais silvestres; envio de amostras para pesquisa laboratorial do vírus rábico, bloqueio vacinal, capturas, observação de animais agressores, investigação de casos suspeitos além da busca ativa de pacientes em tratamento pós-exposição.

A campanha anual de vacinação antirrábica, canina e felina, tem sido a mais importante medida de prevenção dessa zoonose, por diminuir o número de animais susceptíveis e criando uma cobertura vacinal no município. O Ministério

da Saúde preconiza vacinar no mínimo 80% da população canina como medida de prevenção, e conseqüentemente, evitar a infecção em seres humanos. Este índice não vem sendo alcançado nos últimos anos. A série histórica de positividade do vírus aferida em morcegos aponta para a presença do quiróptero em um possível ciclo urbano da cadeia epidemiológica da doença.

Tabela 2: Série Histórica de Positividade em Morcego em Natal/RN. 2008 a 2012.

Positividade	2008	2009	2010	2011	2012
Morcegos	1	0	3	3	1

Fonte: CCZ – Natal-RN

O percentual de cães vacinados em 2008 foi de 73,3% aumentando para 77,4% no ano seguinte. A partir daí esse percentual foi reduzido para 68,4% em 2012.

A cobertura de vacina Felina também diminuiu muito, tendo em vista que no início do período o percentual era 61,7% e em 2012 caiu para 35,9%.

Pode-se observar que no período em análise, Natal não vem atingido a meta de vacinar, no mínimo, 80% dos gatos e cães do município, preconizada pelo Ministério da Saúde.

Leptospirose

A leptospirose é a principal doença transmitida por roedores no município do Natal. No período de 2008 a 2012 foram notificados 94 casos e confirmados 42 casos da doença. A maior incidência foi no ano de 2011, com taxa de 3,47 casos por 100.000 habitantes.

O Centro de Controle de Zoonoses no período citado teve como principal ação de controle, a desratização e antirratização para evitar a proliferação da doença, através de mutirões com aplicação de rodenticida.

Acidentes com Animais Peçonhentos

Os acidentes com animais peçonhentos estão ascendentes. No período de 2008 a 2012 foram registrados 9029 acidentes motivados por escorpião, 313 por aranha e 114 por serpentes. O ano de 2012 apresentou o maior número de

acidentes e a menor incidência ocorreu no ano de 2009 com 259 casos. As maiores ocorrências foram nos distritos sanitários Oeste e Norte, e a menor incidência no distrito Leste. A faixa etária dos acidentados mais acometidos é de 21 a 30 anos, seguido da faixa de 31 a 40 anos. Chama atenção os acidentes com crianças e idosos, faixas etárias mais susceptíveis a ação da peçonha. Com relação ao sexo, 51,25% dos acidentes acontecem com o sexo feminino.

Dengue Clássica

A Dengue é o agravo com maior número de casos notificados, entre as doenças de notificação compulsória, hoje no município. Os primeiros casos de Dengue em Natal foram notificados no ano de 1996. Desde 2008 o número de casos vem aumentando, com um total 12.940 casos de dengue clássico notificados até 2012. O ano 2009 foi um ano atípico, pois apresentou uma redução de 93,4% no número de casos em relação ao ano anterior. A Dengue vem se desenvolvendo com aumentos cíclicos no número de casos notificados e este aumento significativo refere-se à questão sazonal, pois Natal é uma das capitais endêmicas para o agravo. É importante ressaltar que a Dengue é uma doença com potencial de evolução para gravidade, e muitas vezes, o manejo adequado do caso, é determinante para a evitabilidade do óbito. A presença de comorbidades também constitui um fator que contribui para a evolução da doença para a forma grave.

O trabalho da Vigilância Epidemiológica em conjunto com o controle vetorial, é fundamental para a redução da incidência dos casos, mas sozinhos não conseguem eliminar a doença, pois a Dengue é um problema com determinação multifatorial, necessitando de políticas que atuem na melhoria das condições sociais da população.

Tabela 3: Distribuição de casos de Dengue Clássico. Natal/RN. 2008-2012.

ANO	Nº de casos
2008	2311
2009	56
2010	1102
2011	5349
2012	4122

Fonte: SMS/DVS/NAN/SINANET. Dados sujeitos a alterações

Febre Hemorrágica da Dengue

A partir do ano de 1997 tem-se confirmada a ocorrência de casos hemorrágicos da Dengue, inclusive com ocorrência de óbitos. O maior número de casos confirmados foi no ano de 2011, com 143 casos de FHD, entretanto em 2012 tivemos uma redução de 65.7% de casos em relação a 2011.

Quadro 1: Número de casos notificados e confirmados de Febre Hemorrágica da Dengue. Natal/RN. 2008-2012.

Classificação	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Febre Hemorrágica da Dengue (FHD)	131	10	101	143	49	434

Fonte: DVS/VE/NAN/SINANET. Dados sujeitos a alterações.

O quadro abaixo mostra uma série histórica do número de óbitos por Dengue ocorridos no Município, cuja maior frequência aconteceu no ano de 2011. Isso ressalta a necessidade de rever a qualidade da assistência na rede de saúde do SUS.

Quadro 2: Frequência de óbitos ocorridos em Natal/RN. 2008-2012.

Evolução	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Óbito por Dengue	3	2	4	14	6	29

Fonte: DVS/VE/NAN/SINANET. Dados sujeitos a alterações.

Doenças relacionadas ao trabalho

A tabela A seguir demonstra a situação das notificações dos agravos relacionados ao trabalho nos últimos 04 anos, em unidades sentinelas dos residentes em Natal, estabelecidos pela Portaria 104 de 25/01/11.

Tabela 4: Número de casos residentes em Natal com agravos relacionados à Saúde do Trabalhador. 2009 a 2012

AGRAVOS NOTIFICADOS	2009	2010	2011	2012	TOTAL	%
Acidente De Trabalho C/ Exposição Material Biológico/ACbio	265	293	373	356	1.287	48,8
Acidente De Trabalho Grave/ATG	324	89	150	75	638	24,2
Câncer Relacionado Ao Trabalho	-	-	-	-	-	-
Dermatoses Ocupacionais	01	01	1	1	04	0,2
Intoxicação Exógena	24	196	143	156	519	19,7
LER DORT	42	14	26	58	140	5,3
PAIR	-	01	-	-	01	0,03
Pneumoconiose	-	-	-	-	-	-
Transtorno Mental Relacionado Ao Trabalho/TMRT	17	03	10	14	44	1,7
TOTAL	673	599	703	660	2.635	100%

Fonte: SMS/SINAN

A extrema subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho no SINAN, através da Rede Sentinela, demonstra que suas informações impossibilitam qualquer análise de conteúdo, restringindo apenas a análises de serviço de notificação.

A subnotificação das doenças (Pneumoconises, Dermatoses, LER/DORT, TMRT, Câncer) é muito maior comparada a dos acidentes e evidencia, dentre outras causas, uma Rede Ambulatorial Especializada que não figura como referência da Atenção Primária ou mesmo do CEREST quanto às suas suspeitas diagnósticas da relação da doença com o trabalho, dificultando os encaminhamentos para confirmação e posterior notificação; a falta de profissionais especialistas suficientes para atender a demanda referenciada; a superficialidade das anamneses no sentido de investigar o trabalho como categoria de adoecimento e conseqüentemente causador insidioso de doenças; a falta de exames especializados para estabelecer diagnóstico; uma classe trabalhadora que desconhece os serviços assistenciais do SUS para atenção a Saúde do Trabalhador; um Controle Social que não provoca suficiente e eficazmente o SUS à mudanças de prioridades para a área da ST.

Os dados revelam que 73% dos agravos notificados estão relacionados aos ACIDENTES (ACbio e ATG), ou seja, as notificações são maiores, no SINAN, quando sua relação com o trabalho não exige esforços nem dos profissionais nem de exames especializados para uma boa investigação e que, por sua natureza aguda, são evidentes suas relações com o trabalho.

2.4 ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

2.4.1 Estrutura da Rede própria de serviços ambulatoriais e hospitalares

Rede de serviços ambulatoriais

Quadro 3: Rede própria de Serviços Municipais de Saúde por Distrito Sanitário. Natal/RN.

Unidade	Distrito Sanitário					Total
	Norte I	Norte II	Sul	Leste	Oeste	
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	11	11	9	10	12	53
POLICLÍNICA	-	1	1	1	1	4
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	-	1	-	2	2	5
CAPS	-	1	-	2	2	5
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADES	-	-	-	3	-	3
Clínica Especializada em Odontologia (CEO)	-	-	-	1	-	1
Centro Especializado de Atenção a Saúde do Idoso (CEASI)	-	-	-	1	-	1
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	-	-	-	1	-	1
PRONTO ATENDIMENTO	1	-	-	-	2	3
Unidade de Pronto Atendimento Dr. Ruy Pereira (UPA)	1	-	-	-	-	1
Unidade de Pronto Atendimento Cid. da Esperança (UPA)	-	-	-	-	1	1
Pronto Atendimento Infantil Dra. Sandra Celeste	-	-	-	-	1	1
UNIDADE MISTA (maternidade / ambulatório)	-	-	-	-	2	2
Unidade Mista Felipe Camarão	-	-	-	-	1	1
Unidade Materno Infantil de Saúde das Quintas	-	-	-	-	1	1
HOSPITAL ESPECIALIZADO/MATERNIDADE	-	1	-	-	-	1
Hospital e Maternidade Professor Leide Morais	-	1	-	-	-	1
HOSPITAL GERAL	-	-	-	1	-	1
Hospital Municipal de Natal (Hospital dos Pescadores)	-	-	-	1	-	1
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	-	1	-	-	-	1
Centro de Controle de Zoonoses	-	1	-	-	-	1
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	-	-	-	-	1	1
Serviço Atendimento Móvel às Urgências (SAMU)	-	-	-	-	1	1
TOTAL	12	15	10	17	20	74

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Natal

A rede própria de serviços de saúde da SMS conta com 74 unidades de saúde, sendo que a grande maioria (53) são unidades básicas de saúde.

É importante destacar que a rede dispõe ainda de três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): Centro de Especialidade Odontológica e PA Morton Mariz, um CEO vinculado a Policlínica Norte e o outro a Policlínica Oeste.

Dispõe também de pronto atendimento em duas unidades básicas (Unidade de Saúde Cidade Satélite e Unidade de Saúde Mãe Luiza) e no Hospital dos Pescadores.

Cabe ressaltar que para atenção à saúde do trabalhador a rede conta o CEREST Regional de Natal que tem caráter assistencial - acolhendo, diagnosticando, estabelecendo integração do agravo com o trabalho, notificando e oferecendo alguns procedimentos terapêuticos aos trabalhadores adoecidos. Disponibiliza atendimento em Clínica Médica, Psiquiatria, Medicina do Trabalho, Psicologia, Fisioterapia, serviço de Enfermagem e terapia em Acupuntura. Não tem sede própria e funciona provisoriamente no prédio de uma unidade básica, cuja localização não favorece o acesso dos usuários.

Rede de serviços hospitalares

Tabela 5: Rede de serviços hospitalares do Sistema único de Saúde (SUS) no município de Natal /RN, segundo esfera administrativa.

ESFERA ADMINISTRATIVA	QUANTIDADE
Federal	2
Estadual	7
Municipal	2
Privado	13
TOTAL	24

Fonte: MS, Datasus

2.4.2 Modelo de Atenção

Criada sob a égide das discussões do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a SMS Natal incorporou em sua gênese a concepção de adotar um modelo de atenção que fundamentasse as práticas sanitárias sob a vertente de compreender e intervir sobre os fatores condicionantes e determinantes da saúde tanto individual quanto coletiva.

As ações e serviços se estruturam pautadas na composição de equipes multiprofissionais que atuariam em unidades assistenciais numa lógica que permitisse a transdisciplinaridade nos campos da atenção, incorporando a assistência, a promoção, a prevenção e a construção de viabilidade intersetorial com áreas afins ao processo do cuidado com a vida e saúde das pessoas adensadas em seus territórios.

Assevere-se que a compreensão a respeito de modelo assistencial ou de atenção à saúde, guarda consonância com o que assinala Paim (1999) que o define genericamente como combinações de tecnologias e recursos que devem ser utilizados nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde.

Dessa forma, fruto de processos de debates e formulações técnicas, sob orientação e cooperação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), delineou-se a formatação de práticas de gestão e atenção que tivessem por escopo a integralidade do cuidado, tendo como eixo estruturante as ações primárias, com ênfase na organização de centros de saúde localizados nos diversos bairros da cidade, assumindo uma característica de responsabilidade sanitária entre equipe de profissionais e população local.

Dessa forma, a busca da integralidade com opção pela captação das demandas em serviços de maior capilaridade (unidades da atenção básica), reúne um conjunto de dispositivos que se articulam para oportunizar cuidados longitudinais e efetivos. A atenção primária ordena o fluxo e monitora a continuidade das ações e atividades dispensadas pelos outros pontos de conexão da rede.

Com o propósito de delinear a forma como esses serviços atuam e a dinâmica proposta pela Gestão Municipal, apresenta-se a configuração pormenorizada por nível de complexidade da assistência.

2.4.2.1 Rede de Atenção Básica / Primária

Apostar no humano e na sua radicalidade de se fazer protagonista, buscar encontros que resultem em parcerias, reinventar as utopias em busca de um novo tempo. Esses são os grandes desafios postos para a Atenção Básica no município de Natal, quiçá em todo o SUS.

Tem-se como referência as prerrogativas instituídas pela Portaria GM/MS nº 2.488 de 2011, para a atenção básica que se consolida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção, proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

O Município do Natal atualmente possui uma rede de atenção Básica composta por 53 unidades de saúde, distribuídas em cinco distritos sanitários, organizadas através de um modelo híbrido de atenção que incluem o modelo, baseado na estratégia de saúde da família com trinta e seis unidades de saúde e ainda dezessete unidades que atendem através de demanda espontânea, com base no modelo tradicional.

Na análise espacial da distribuição das unidades de saúde do município de Natal na atenção básica, pode-se destacar que existe uma concentração de unidades em zonas de melhor beneficiamento social, como é o caso da zona sul, em detrimento de grandes clarões assistenciais em áreas de expansão urbana e de menor poder aquisitivo da população, como é o caso dos bairros de Nossa Senhora da Apresentação, Lagoa Azul e Planalto. Importante também observar que a zona leste apesar de conter vários equipamentos de saúde de média e alta complexidade, também possui carência quanto às unidades de atenção básica, em vários bairros, com ênfase para o do Alecrim.

No início de 2013 a cobertura assistencial do município de Natal na Estratégia de Saúde da Família era de 23,8%, conforme dados do Ministério da

saúde/DAB e o parâmetro de 3.450 pessoas por equipe. Essa baixa cobertura ocorreu em função do grande número de equipes da ESF inconsistentes, principalmente pela falta de profissional médico.

No final do mesmo ano, com a incorporação de novos médicos nas equipes, essa cobertura subiu para 44,3%. Contando com as unidades básicas de saúde do modelo tradicional e as da Estratégia Saúde da Família, a cobertura populacional de atenção básica atinge de 61,8%.

Importante observar que embora Natal tenha um percentual alto da população sem cobertura da AB, uma grande parte tem saúde suplementar e, de acordo com o ministério da saúde, mais de 60% dos habitantes de Natal possuem plano de saúde.

Destaque-se no momento presente a organização do processo de análise territorial da saúde e ainda outra iniciativa com base na análise e descrição cartográfica dos serviços de saúde existente em cada território, em que foram selecionados quinze indicadores de serviços, com base na importância para atenção básica. Os resultados apontam para uma atenção básica, funcionando de forma insatisfatória em pelo menos 70% da rede.

Quanto ao processo de avaliação na atenção básica, através da adesão ao PMAQ, Natal passou de 31 equipes aderidas para 108, o que possibilitou uma maior discussão e reorganização do processo de trabalho nas unidades da estratégia de saúde da família. Em consequência dessa adesão, foram triplicados os recursos de incentivo alocados através do PMAQ destinado a atenção básica no município de Natal.

Outras ações de relevância em 2013 têm sido demonstradas. A implantação do projeto Porta Aberta com definição de seis eixos prioritários para atendimento, sendo: pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, controle da tuberculose e, hanseníase, além de acompanhamento de cadastrados no Programa Bolsa Família e vacinação. Fortalecendo a composição de equipes, tem-se buscado o

matriciamento e apoio às equipes de saúde da família a partir dos Núcleos de Apoio – NASF, pretendendo-se sua ampliação.

2.4.3 Atenção Especializada

Considerando que a integralidade do cuidado somente pode ser obtida em rede, a oferta assistencial que necessita de melhor aparato estrutural encontra retaguarda em serviços da rede própria e contratualizada ao sistema público.

É um dos três níveis de atenção à saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. (BRASIL, 2009, p. 207)

Conformada em 04 policlínicas especializadas distribuídas por distrito sanitário, contendo profissionais qualificados e tecnologia disponível para atendimentos demandados das unidades de atenção básica, o conjunto de serviços da média complexidade conta ainda com 01 hospital geral, 03 maternidades, laboratórios para apoio diagnóstico, centros de referência em odontologia, cuidados com a pessoa idosa, saúde do trabalhador e unidades de pronto atendimento, assim como rede móvel de urgência.

Para a rede privada migram as necessidades de complexidade que não encontram amparo no suporte público, sobretudo no que tange ao perfil de profissionais e presença de tecnologia adequada ao porte do atendimento. A rede conveniada realiza atendimentos ambulatoriais e hospitalares ao SUS.

O escasso mecanismo de financiamento para fortalecimento da estrutura na rede pública tem condicionado essa constante procura pelo mercado da prestação de serviços assistenciais de saúde, mediante negociações nem sempre vantajosas à Administração Municipal, repercutindo em compra de serviços com uso de montantes majorados excessivamente em relação aos valores referenciais praticados pela Gestão Nacional, comparando-se a sua Tabela de Procedimentos.

As negociações de caráter bipartite representam prioridade diuturna e por vezes se desdobram em pactuação tripartite, face às necessidades de ajustamento

na capacidade potencial de oferta de cuidados. Com o Decreto nº 7.508/2011 e reafirmação dos pactos regionais, a Comissão Intergestora Regional da 7ª Região de Saúde do RN vem buscando respostas às dificuldades de equacionar demandas crescentes frente à rede com diminuta estrutura de atendimento efetivo.

O surgimento de cooperativas e organismos similares tem sido fenômeno comumente vivenciado na contratualização de serviços, fruto de diversificação na forma de organização da oferta assistencial, no plano jurídico que se ajusta às variações mercadológicas e também, via de regra, aos processos negociais que apontam para remuneração de procedimentos com base no que é praticado no âmbito do mercado local.

Essas condicionalidades têm exigido posturas mais criteriosas da Administração Pública, bem como, além de pautar a agenda do Poder Executivo, dita prioridades para outros entes do aparelho de Estado, sobretudo o Judiciário e eminentemente o Ministério Público, sem desconsiderar o papel do controle social exercido com mais ênfase pelo Conselho Municipal de Saúde. O exercício da regulação do acesso e da assistência representa importante iniciativa nessa ótica.

Atenção especializada abrange um conjunto de ações e serviços de saúde que demandam de equipamentos médicos hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade, em caráter ambulatorial e hospitalar.

Atenção Hospitalar

O Sistema Único de Saúde (SUS) em Natal conta com 24 hospitais, sendo mais da metade do setor privado. Os hospitais estaduais predominam no setor público e totalizam 07. A rede hospitalar conta ainda com 02 hospitais federais e 02 municipais.

Os hospitais que compõem o SUS são pontos de atenção estratégicos na RAS e devem funcionar como retaguarda para os demais pontos de atenção da RAS, atendendo a demandas de urgência e emergência ou eletivas. Os hospitais que contarem com serviços de Urgência e Emergência, caracterizados como Portas de

Entrada Hospitalares de Urgência e Emergência podem atender à demanda regulada e/ ou espontânea.

Em 2013, a rede hospitalar possuía 2.969 leitos, dos quais quase 70% são conveniados ao SUS. Esse total de leitos corresponde a uma cobertura de 3,5 leitos por 1.000 habitantes.

Quase metade dos leitos pertence a rede privada e, entre os demais, 31,9% são estaduais, 16,3% federais e apenas 2,5% são da esfera municipal.

No período de 2008 a 2013 houve discreta oscilação no número de leitos, com menor valor (2.810 leitos) em 2008 e maior valor(3.039 leitos) em 2010

Foi observado ainda que a maior parte dos leitos são cirúrgicos e representam 30,9% do total existente, seguido dos leitos clínicos (27,3%). Depois dos leitos de hospital dia, os leitos obstétricos são os que aparecem com o menor quantitativo na rede hospitalar, com percentual de 6,9%.

Tabela 6: Leitos hospitalares existentes no município de Natal, segundo especialidade. 2013.

Especialidade	Quantidade existente	Quantidade SUS
Cirúrgicos	916	578
Clínicos	810	542
Obstétrico	206	171
Pediátrico	395	369
Outras Especialidades	589	363
Hospital/DIA	53	39
TOTAL	2.969	2.062

Fonte: MS, Datasus

Em 2013, o número de leitos complementares foi de 450, sendo 346 leitos de UTI e 104 de unidade intermediária. Ressalta-se que mais da metade desses leitos estão disponíveis para o SUS. A maior parte (346) desses leitos de UTI são de adulto e menor parte são Neonatal.

Tabela 7: Leitos hospitalares complementares existentes no município de Natal. 2013.

Leitos complementares	Quantidade existente	Quantidade SUS	Quantidade Não SUS
UTI	346	184	162
UTI adulto	241	114	127
UTI infantil	42	28	14
UTI neonatal	63	42	21
Unidade intermediária	104	102	2
Unidade isolamento	12	10	2
Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional	7	7	-
Unidade de cuidados intermediários neonatal canguru	12	12	-
Unidade de cuidados intermediários pediátrico	13	13	-
Unidade de cuidados intermediário adulto	60	60	-
TOTAL	450	286	164

Fonte: MS, Datasus

Internações hospitalares

Nos últimos quatro anos a média anual de internações hospitalares ocorridas em Natal ficou em torno de 74.800. Em 2013, 51,6% das hospitalizações ocorridas nesse município foram de pacientes não residentes que se justifica em parte por Natal ser referencia para o estado e também por possuir uma rede de serviços com maior densidade tecnológica.

A maior frequência de internações é na clínica cirúrgica que abrange 43,9% das internações. A internação para clínica médica é a segunda maior procura e a obstetrícia a terceira. A pediatria corresponde a 9,6% e a psiquiatria 6,2%.

Os pacientes de outros municípios que se internam em Natal, vêm na sua maioria para a internação cirúrgica, seguida na clínica médica. As internações para obstetrícia representam 15,1% da demanda de pacientes não residentes nesse município.

Tabela 8: Número de internações ocorridas no município, no ano de 2013.
Natal/RN

Internação	Frequência	%
Residentes	36.271	48,4
Não residentes	38.634	51,6
Total	74.905	100,0

Fonte: MS, Datasus

Tabela 9: Número de internações ocorridas no município, segundo especialidade e ano de ocorrência. Natal/RN-2010-2013

Especialidade	2010	2011	2012	2013
01-Cirúrgico	27.290	28.978	28.938	32.852
02-Obstétricos	14.639	15.332	16.901	12.632
03-Clínico	16.725	16.761	17.186	16.961
04-Crônicos	-	-	1	18
05-Psiquiatria	6.844	5.033	4.982	4.681
06-Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	332	288	233	238
07-Pediátricos	7.989	8.349	7.410	7.343
12-Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante	2	33	67	180
Total	73.821	74.774	75.718	74.905

Fonte: MS, Datasus

Tabela 10: Número de internações ocorridas no município, segundo especialidade e residência. Natal/RN-2010-2013

Especialidade	Residentes em Natal	Não residentes em Natal	total
01-Cirúrgico	14.656	18.196	32.852
02-Obstétricos	6.814	5.818	12.632
03-Clínico	8.891	8.070	16.961
04-Crônicos	9	9	18
05-Psiquiatria	2.506	2.175	4.681
06-Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	146	92	238
07-Pediátricos	3.189	4.154	7.343
12-Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante	60	120	180
Total	36.271	38.634	74.905

Fonte: MS, Datasus

2.4.4 Redes de Atenção à Saúde

A partir de 2011, com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, novos desafios surgiram para a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, implicando na necessidade de adoção de arranjos institucionais, a fim de integrar e aparelhar os serviços de saúde e definir linhas de cuidado destinadas a garantir a atenção integral à saúde em cada região do estado do RN.

Nesse sentido, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde, iniciou-se no ano de 2011 o processo de estruturação de redes de cuidados, permeado pelos preceitos da Política de Humanização, priorizando-se as Redes de Atenção Materna e Infantil (Rede Cegonha), Atenção às Urgências, Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas.

Além das redes prioritárias, ou temáticas, aqui explicitadas, as ações se interconexam também na articulação de serviços com linhas de cuidados que focalizam as especificidades da demanda, seus riscos e vulnerabilidades peculiares.

Rede de Atenção às Doenças Crônicas

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

No Brasil, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e corresponde a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente todas as camadas sociais, principalmente a camada pobre da população e grupos vulnerais, como a população de baixa escolaridade e renda.

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

Atualmente, as unidades básicas de saúde atendem a demanda de pacientes hipertensos e diabéticos através de programas como o Hiperdia, sendo as demais comorbidades crônicas diretamente referenciadas para a atenção especializada: policlínicas e rede contratualizada.

Diante desse cenário, foi elaborado um plano operativo com o objetivo de desenvolver ações para a redução e controle dos determinantes das DCNT. O plano visa fortalecer os serviços voltados para o atendimento das DCNT no município, desenvolver campanhas para divulgação e socialização da informação, bem como estimular modo de vida saudável, observando os principais eixos: vigilância, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; cuidado integral.

No final de 2013, a SMS, em articulação com a SESAP, deu início a construção da rede de doenças crônicas a partir da pactuação das linhas de cuidado da obesidade, do diabetes e do renovascular.

Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída para o cuidado de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde.

Em Natal os pontos de atenção voltados à saúde mental funcionam de forma fragilizada e não qualificada na lógica das Redes de Atenção Psicossocial, conforme estabelecido na portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

A Rede de Atenção Psicossocial possui 07 os componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. No entanto, 02 desses componentes (Atenção Residencial de Caráter Transitório e Reabilitação Psicossocial) ainda não estão organizados/instituídos em conformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Componentes da rede:

1) Atenção Básica em Saúde - a equipe identifica e acompanha as pessoas com sofrimento psíquico e os usuários de álcool e outras drogas do território na perspectiva de redução de danos.

A atenção básica é formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde, Equipe de Consultório na Rua e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

2) Atenção Psicossocial Especializada- visa fazer atendimento a pacientes em crise e ser o ordenador do cuidado por meio do Centro de Atenção Psicossocial(CAPS).

A Rede pública de Saúde Mental do Município de Natal/RN é constituída de 05 CAPS, sendo 01 um para atendimento infanto-juvenil – CAPSi II Oeste, 02 para atendimento de adultos com transtorno mental – CAPS II Oeste e CAPS III Leste, e 02 para atendimento de adultos com dependência em álcool e/ou outras drogas – CAPS ad Norte e CAPS ad 24h Leste, sendo este último em sistema de 24 horas.

O APTAD – Ambulatório de prevenção e tratamento de tabagismo, alcoolismo e outras drogas funciona vinculado a uma unidade básica de saúde da rede municipal.

3) Atenção de Urgência e Emergência: responsável pela classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências: SAMU 192, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, e os Centros de Atenção Psicossocial tipo III que funcionam 24 horas.

4) Atenção Hospitalar: Funciona como retaguarda para os pontos de atenção no manejo da crise e nas comorbidades associadas.

É Formada pelos seguintes pontos de atenção: serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e Enfermaria especializada em Hospital Geral, sendo essa última não disponível no momento. No setor público, o

município dispõe de apenas um hospital de referência (Hospital João Machado) na rede.

5) Estratégias de Desinstitucionalização: formada por Serviços Residenciais Terapêuticos que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros. Em Natal, os SRT possuem um total de 15 moradores, aos quais são cuidados por uma equipe multidisciplinar diariamente, além de realizarem acompanhamento no CAPS de referência.

Outra estratégia para Desinstitucionalização no município de Natal é o Programa de Volta para Casa, que consiste numa política pública de inclusão social com objetivo de fornecer o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais internados em hospitais ou unidades psiquiátricas egressas de internação de longa permanência.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A deficiência física é um problema que acomete uma grande parcela da população brasileira. Os dados do Censo Demográfico de 2010 mostraram que 23,9% da população tinha pelo menos uma das deficiências investigadas (motora, visual e auditiva) e que a deficiência visual foi a maior incidência, com 18,8% dos investigados. A deficiência motora foi o segundo tipo de deficiência, representando 7,0% da população brasileira.

Em relação às Unidades da Federação, observou-se que o Rio Grande do Norte, Paraíba e Ceará apresentavam os maiores percentuais de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas, em torno de 28%.

Em Natal, 34,93% das pessoas tinham pelo menos uma das deficiências investigadas e a deficiência que mais afetava a população era a visual onde 19,9% possuía algum tipo de dificuldade para enxergar. Entre os deficientes visuais foram encontradas 1.656 cegos que representaram 0,21% da população.

A deficiência motora representa o segundo tipo de deficiência que mais incidiu sobre a população natalense, com percentual de 7,81% da população.

A deficiência auditiva atinge 5,56% da população, sendo que 0,14% da população é surda. A deficiência mental atinge cerca de 1,66% da população.

Em Natal a atenção às pessoas com deficiência ainda não está estruturada na lógica de rede. A assistência aos portadores de deficiência física é realizada nos Serviços de Reabilitação Física dos diversos níveis de complexidade.

O primeiro nível de atenção (referencia intermunicipal) ocorre na Atenção Básica por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que conta ainda com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e atenção odontológica.

Os serviços de reabilitação física nessas unidades estão estruturados com equipamentos básicos para reabilitação, e equipe de profissionais composta de fisioterapeuta e Assistentes Social.

No município são 05 as unidades básicas que dispõe de serviço de reabilitação, distribuídas nos distritos Norte, Leste e Oeste: UBS Vale Dourado, USB Soledade, UBS Lagoa Seca, UBS Nova Cidade e UBS Pajuçara.

A Atenção Especializada conta com serviços de reabilitação física de nível intermediário que dispõe de serviços especializados de média complexidade para avaliação e tratamento de pessoas portadoras de deficiência física. Possui equipe multiprofissional composta de médico (ortopedista, reumatologista e neurologista), Fisioterapeuta, Enfermeiro, fonoaudiólogo, Psicólogo e Terapeuta ocupacional.

Outro ponto de atenção para essa população é o Centro de Especialidade Odontológica Morton Mariz que se apresenta como referencia de atendimento odontológico para os pacientes portadores de deficiência.

Rede Cegonha

A Rede cegonha está instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde e consiste numa rede de cuidados que visa assegurar á mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

O atendimento pré-natal na atenção básica é realizado pelo médico e Enfermeiro, e em alguns UBS com suporte da equipe multiprofissional (Psicólogo, Nutricionista, Assistente Social). A captação da Gestante nas USF é feita através dos ACS, como também pelos demais membros da equipe no momento da visita ou de atendimento.

Nas UBS tradicionais onde existe EACS é feito a busca das faltosas. Nas demais, o atendimento se dá pela demanda espontânea. O agente de saúde tem realizado a função de acompanhamento da Gestante através da visita domiciliar e da participação nas reuniões de grupos de gestantes que são realizados nas Unidades.

As gestantes são atendidas no próprio município e dependendo da situação são referenciadas para: o pré-natal de alto risco, para consulta especializada, serviços de urgência obstétrica ou para hospitais de referência para o parto de alto risco. O encaminhamento para consulta especializada se dá através da ficha de referência e contra referência.

O atendimento de alto risco é realizado no próprio município, por órgãos públicos nos serviços de referência nos Distritos Sanitários Norte: Policlínica Norte, Sul: Policlínica de Neópolis, Leste: Policlínica Dr. José Carlos Passos, e Oeste: Unidade Mista Cidade da Esperança. A gestante pode agendar indo diretamente na unidade de referência ou através de ligação telefônica.

Para as demais consultas especializadas o acesso ocorre através da Central de Regulação de Consultas e Exames, na qual a consulta é agendada pela própria unidade de saúde no sistema SISREG.

Ressalta-se que a Maternidade Escola Januário Cicco também realiza o atendimento do pré-natal para as gestantes de alto risco referenciadas de Natal e de outros municípios do Estado.

Em relação à atenção ao parto, apesar de existir junto às unidades básicas de saúde a orientação quanto a referência dos serviços, ainda não existe vinculação da gestante ao seu local de parto por território. Isso se deve a vários fatores, dentre eles o fato de que nem todas as regiões distritais possuem esse serviço. Muitas

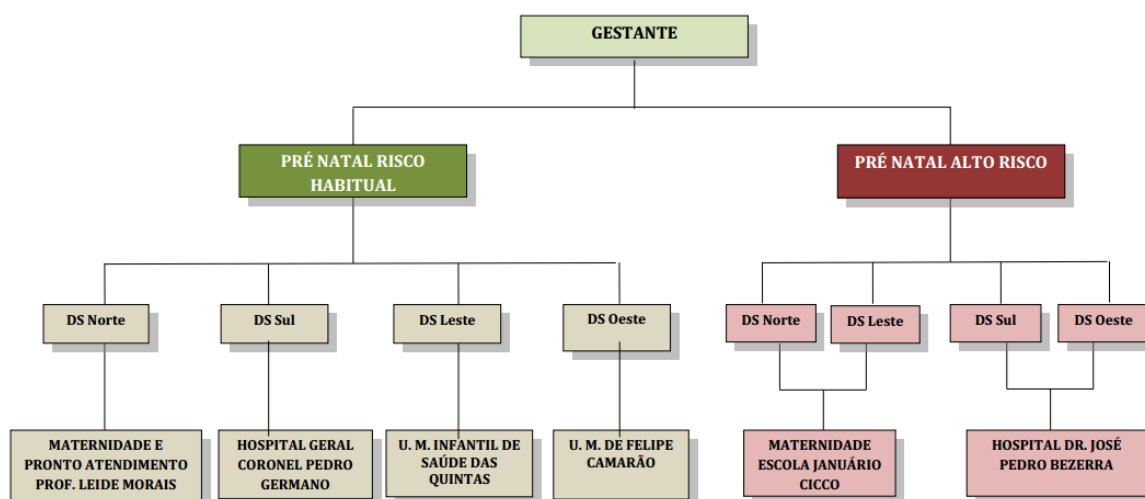
vezes as gestantes elegem a Unidade para atendimento pela facilidade do acesso geográfico e pela qualidade dos serviços ofertados.

Somado a isso, existe a superlotação nas maternidades por gestantes de outros municípios que não realizam partos e não pactuaram esse serviço com o município de Natal. Essas usuárias procuram o serviço de Natal pela deficiência do serviço em seus municípios de origem. Sem dúvida, esses fatores acabam impactando de forma negativa na qualidade da garantia de “Vaga Sempre”.

A atenção ao parto de risco habitual é realizada pelas maternidades municipais Hospital Municipal da Mulher e Maternidade Dr. Leide Morais, Unidade Mista das Quintas e Unidade Mista de Felipe Camarão.

Quanto à atenção ao parto de alto risco, o atendimento é realizado apenas nas Maternidades Januário Escola Cicco e Santa Catarina, as quais se constituem referência para o município de Natal e demais municípios da região. Porém, em função da invasão de outros municípios no que esse refere ao parto de baixo risco, estes serviços acabam recebendo também um quantitativo de baixo risco.

Fluxograma da Rede Cegonha



Rede de Urgência e Emergência

Em Natal a Atenção às Urgências e Emergência necessita de reestruturação e organização para se trabalhar na lógica de rede de atenção à saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso aos usuários nos serviços de saúde.

Entre os problemas existentes, estão as unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências que não possuem retaguarda de maior complexidade suficiente com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade.

Componente pré-hospitalar fixo:

As portas de urgências em funcionamento para atendimento da baixa e média complexidade no componente pré-hospitalar fixo conta com os seguintes serviços: 01 UPA, Pronto Socorro do Hospital dos Pescadores, Pronto Atendimento Infantil Sandra Celeste, Pronto Atendimento Cidade Satélite e Pronto Atendimento Mãe Luiza.

Componente pré-hospitalar móvel:

O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, obstétrica, psiquiátrica), e garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011).

O SAMU Natal 192 funciona na cidade desde setembro de 2002, tendo a regulação médica como elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar e fazendo o enlace com o nível hospitalar, podendo ser acionado pela população sempre que se fizer necessário.

O serviço conta com 09 equipes de Suporte Básico de Vida (SBV), capacitados para assistir os casos com risco de menor complexidade, 03 equipes de Suporte Avançado de Vida (SAV) para os casos graves que necessitam de resposta

imediate e intervenção mais complexa e 06 motolâncias – tripuladas pelos técnicos em enfermagem destinadas a promover a antecipação de atendimentos de urgência, antecedendo a chegada de outras viaturas, em locais onde o fluxo de trânsito é intenso. Conta ainda com uma Central de Regulação Médica de Urgência destinada a regulação de todos os fluxos de pacientes vítimas de agravos urgentes à saúde, do local onde ocorreram, até os diferentes serviços da rede regionalizada e hierarquizada, bem como dos fluxos existentes no âmbito municipal e regional.

Em 2013, o SAMU realizou 32.427 atendimentos, sendo que 15% necessitavam de Suporte Avançado de Vida.

O SAMU Natal dispõe de um Núcleo de Educação Permanente que realiza cursos de atualização e capacitação em urgência tanto para os profissionais do serviço, servidores, empresas e para a população em geral.

Componente hospitalar

O Componente Hospitalar é constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelos leitos de cuidados intensivos e pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório. Prestam atendimento ininterrupto (24 horas) ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.

No município de Natal, essas portas de entrada de urgência no Sistema Único de Saúde tem a seguinte configuração:

Urgência Geral: Hospital Walfredo Gurgel – unidade hospitalar (esfera administrativa estadual) de referencia para as urgências de pacientes de Natal e também o do Estado do Rio Grande do Norte;

Urgência geral e obstétrica: Hospital Pedro Bezerra – unidade hospitalar (esfera administrativa estadual) de referencia para as urgências, inclusive as obstétricas. Atende Natal e referencias do Estado do RN;

Urgência Infantil: Hospital Maria Alice Fernandes - unidade hospitalar (esfera administrativa estadual) de referencia para as urgências pediátricas dos pacientes de Natal e das referencias do Estado do RN;

Urgência Psiquiátrica: Hospital Psiquiátrico João Machado - unidade hospitalar (esfera administrativa estadual) de referencia para as urgências Psiquiátricas;

Hospital dos Pescadores: unidade hospitalar (esfera administrativa municipal) de referencia para as urgências de pacientes de Natal.

Além desses estabelecimentos, a rede de serviços do SUS conta ainda com o Hospital Memorial que atua na área de tramato-ortopedia no atendimento às urgências de pequenas lesões traumáticas.

2.4.5 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é uma política de saúde garantida a todos os usuários do SUS por meio do artigo 6º, capítulo I, da Lei Nº 8.080/90, e pela Portaria MS nº 3.916 de 1988, que aprova a Política Nacional de Medicamentos (PNM) constituiu um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde da população.

No Município de Natal a dinâmica operacional para consecução da Assistência Farmacêutica vem sendo efetivada conforme o nível de complexidade. Na rede primária de atenção à saúde apresenta-se de forma descentralizada, com uma farmácia em cada Unidade Básica de Saúde. No Nível secundário a AF está presente nas Policlínicas, nas unidades de atendimento pré-hospitalar (UPA's e SAMU), nas unidades de internação (Maternidade e Hospital) e nos Centros de Atenção Psicossocial.

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal conta com uma equipe de 78 Farmacêuticos, distribuídos nas farmácias das unidades de saúde, no Departamento de Logística e Suporte aos Serviços de Saúde - DLS e no Departamento de Vigilância à Saúde - DVS.

Em um levantamento realizado em setembro de 2013, verificou-se que apenas cerca de 32% da rede está coberta com a presença do farmacêutico. Na atenção primária, somente 18,9% das unidades básicas e ESF possuem esse profissional.

Ciente da insuficiência de recursos humanos, a regularização deste quadro configura-se um objetivo a ser alcançado pelo setor saúde da Administração Pública Municipal. Esse quesito assume caráter de magnitude e relevância para as intervenções no quadriênio em curso.

Um estudo realizado por um grupo de pesquisa da Faculdade de Farmácia da UFRN, no segundo semestre de 2013, evidenciou algumas das consequências negativas da falta de recursos humanos tecnicamente qualificados a frente dos serviços de farmácia. Verificou-se que 22,6% das farmácias não possuem registro de controle de estoque, 28,9% não possuem uma rotina de gerenciamento de produtos vencidos e 66,1% não registram as prescrições médicas que não foram atendidas, resultando na falta de informações sobre a demanda reprimida. Todos esses aspectos gerenciais impactam fortemente no ciclo da assistência farmacêutica, podendo ocasionar fragilidades no abastecimento das unidades de saúde da rede municipal.

Na estrutura atual da Assistência Farmacêutica em Natal, o armazenamento e a distribuição dos medicamentos são realizados pela Central de Abastecimento Farmacêutico. Já a dispensação e a avaliação do consumo são realizadas pelos responsáveis pelas Farmácias das Unidades de Saúde, dos quais 30,8% são farmacêuticos, 21,2% auxiliares de farmácia, 19,2% administradores, 11,5% diretores e 17,3% outros profissionais.

A reestruturação da Central de Abastecimento Farmacêutico do Município (CAF) também tem sido uma prioridade da gestão, com o objetivo de prover condições adequadas à garantia do correto armazenamento dos medicamentos e Produtos Para a Saúde - PPS, preservando sua integridade desde a estocagem até a distribuição para os serviços de saúde, de acordo com as necessidades apresentadas.

A reativação da Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) e a atualização da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais- REMUME, publicada em 2011, são essenciais, tendo em vista importância da seleção dos medicamentos essenciais a serem utilizados no sistema de saúde nos seus níveis de atenção, além de assessoramento da a gestão nas questões referentes a medicamentos.

O emprego de um sistema informatizado para acompanhamento das ações referentes ao ciclo da assistência farmacêutica vem sendo considerado pela gestão como uma medida de grande importância para o bom andamento das ações. Nesse sentido, já está em andamento a implantação do sistema Hórus, disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde..

No entanto, atualmente, outro programa voltado para a gestão de estoque, o ESTOQUE_PREFEITURA, desenvolvido em parceria com a UFRN, vem sendo utilizado, apenas na Central de Abastecimento Farmacêutico. Diante das dificuldades para a implantação do sistema Hórus, o qual necessita de uma rede de conexão com a internet que não alcança determinadas unidades de saúde, diante da impossibilidade de interface entre os estoques dessas unidades e do controle do estoque por meio de código de barras, que seria a forma mais segura de efetivar o controle, mesmo com a implantação do Hórus, será necessário um sistema complementar. Deste modo, outros programas de gestão vêm sendo pesquisados para possível utilização.

Além dos problemas já mencionados, é pertinente salientar que a demasiada judicialização das questões inerentes à Assistência Farmacêutica acaba por criar vícios no processo de atendimento da demanda, tendo em vista que impõe uma utilização desigual dos recursos financeiros, desequilibrando a capacidade resolutiva dos serviços e gerando heterogeneidade entre os usuários do Sistema Único de Saúde. Não obstante, tal interferência prejudica o planejamento das ações de saúde no âmbito da Assistência Farmacêutica e fere os princípios de equidade e igualdade preconizados pela Lei orgânica do SUS, além de conduzir a uma má alocação dos recursos públicos destinados à aquisição de medicamentos e outros produtos para a efetivação do cuidado em saúde.

A Política de Assistência Farmacêutica no município de Natal necessita ser mais fortalecida, contando com instrumentos operacionais próprios e adequados à realidade municipal, garantindo o pleno acesso aos medicamentos pela população, o acompanhamento sistemático das ações realizadas e o consequente aumento da eficiência das ações do ciclo da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde em seus diversos níveis de atenção.

2.4.6 Apoio Diagnóstico

a) Laboratorial

No que se refere ao apoio diagnóstico laboratorial, a Secretaria Municipal de Saúde vem oferecendo à população exames de análises clínicas, de pré-natal e de citopatologia, além do teste rápido para diagnóstico de HIV e Sífilis.

Na área de análises clínicas são ofertados exames de Bioquímica, Hematologia, Sorologia, Imunologia, Urinálise, Parasitologia, Microbiologia, Gasometria, Testes de Coagulação e Dosagens dos Eletrólitos.

Tais exames são executados a partir do seguinte desenho organizacional:

Postos de Coleta

São serviços de coleta de material para efetuação de exames laboratoriais. A coleta é realizada uma vez por semana nas instalações da unidade de saúde detentora deste serviço, sendo as amostras obtidas enviadas para o Laboratório de Apoio, serviço responsável pela execução das análises clínicas. O quadro a seguir especifica as unidades de saúde que dispõem de Postos de Coleta.

Quadro 4: Unidades de Saúde que dispõem de Postos de Coleta

	DISTRITO SANITÁRIO	
	NORTE II	OESTE
UNIDADE DE SAÚDE	Potengi	USF Bom Pastor
	Planície das Mangueiras	USF Bairro Nordeste
	Vale Dourado	Monte Líbano
	Parque dos Coqueiros	Nova Cidade
	Santarém	Km 6

Laboratórios Locais

São laboratórios que coletam e realizam exames laboratoriais para pacientes em atendimento nas suas dependências.

Quadro 5: Relação dos laboratórios que coletam e realizam exames laboratoriais para pacientes em atendimento nas suas dependências

UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	MATERNIDADES	UNIDADES BÁSICAS
Unidade Mista de Mãe Luiza		
Unidade Mista de Cidade Satélite	Unidade Mista das Quintas	Unidade Básica de Saúde Ponta Negra
Pronto Atendimento Infantil Sandra Celeste	Unidade Mista de Felipe Camarão	Unidade Básica de Saúde Nova
Hospital dos Pescadores	Maternidade Prof. Leide Morais	Descoberta
UPA Pajuçara		
UPA Cidade da Esperança		

Laboratórios de Referência

Laboratórios que são referência distrital para coleta e realização de exames de Análises Clínicas nas suas dependências, servindo de apoio para eventuais problemas operacionais nos postos de coleta e nos laboratórios locais:

- Policlínica Dr. José Carlos Passos (Referência para o Distrito Leste)
- Policlínica Zona Norte (Referência para os Distritos Norte I e II)
- Policlínica de Cidade da Esperança (Referência para o Distrito Oeste)
- Policlínica de Neópolis (Referência para o Distrito Sul)?

Laboratório de Apoio

Serviço terceirizado, prestado por um laboratório de natureza privada, contratado pela SMS Natal. É responsável pela realização dos exames que não podem ser feitos nas dependências das Unidades Laboratoriais, em função da complexidade ou do fato das unidades da rede pública municipal não possuírem os equipamentos/reagentes necessários ou apresentarem qualquer outro motivo de ordem operacional impeditivo à efetuação dos exames.

Os Testes Rápidos para diagnóstico de HIV e Sífilis estão sendo oferecidos e realizados nas Maternidades, nos laboratórios de Referência Distrital, nas unidades de urgência/emergência e em 10 unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Oeste, estando prevista a expansão da realização destes testes em toda a rede.

Os exames de pré-natal são oferecidos pelas unidades de saúde a todas as gestantes. O serviço de coleta de sorologia Pré-Natal é efetuado a partir de amostras de sangue em papel filtro coletadas através de punção digital. Com estas amostras são executados os exames sorológicos de HIV, Sífilis, HbsAg, Rubéola IgG e IgM, Citomegalovírus IgG e IgM e Toxoplasmose IgG e IgM, no laboratório de sorologia da Maternidade Prof. Leide Morais.

No que se refere aos exames de citopatologia, os preventivos realizados na rede, são coletados em todas as Unidades de Saúde e executados por laboratórios prestadores de serviços, sendo estes prestadores responsáveis pela coleta, análise e entrega dos resultados às unidades solicitantes.

b) Diagnóstico por Imagem e Gráfico

Os exames de imagem e gráficos são ofertados de forma regulada pela SMS Natal em sua rede própria ou contratada.

A regulação da demanda é efetivada por meio do sistema de regulação (SISREG III) e o agendamento, dependendo do tipo de exame solicitado, é realizado pelas unidades de saúde, de acordo com as vagas estabelecidas e constantes no sistema, sem que haja a necessidade de avaliação de critérios ou ainda, pela Central Metropolitana de Regulação – CMR Natal, onde é efetivada a liberação pelo auditor/regulador do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC/SMS.

Entretanto, existem alguns tipos de exames que ainda não estão cadastrados no referido sistema. Neste caso, a liberação e o agendamento são efetivados pela SMS/Natal, observando-se que os exames solicitados para pacientes internos ou/e em tratamento no hospital Dr. Luiz Antônio (Liga Norterio-grandense contra o Câncer) têm a sua liberação condicionada à autorização do auditor responsável por esta unidade; em outras situações o usuário é encaminhado à sede da SMS para agendar junto ao DRAC.

Em relação aos exames de maior complexidade, o usuário é encaminhado à sede do Complexo Regulador para realização da liberação e do agendamento pertinentes.

As especificações dos exames segundo a forma de regulação e liberação são dispostas em síntese no quadro apresentado a seguir.

Quadro 6: Exames segundo a forma de regulação e liberação

Exames regulados via SISREG III	Exames regulados pela central metropolitana de regulação	Exames não cadastrados no sistema de regulação (liberados pela SMS)*	Exames regulados no complexo regulador do RN para os usuários de Natal*
Campimetria computadorizada	Broncoscopia	Cory biópsia	Ressonância magnética
Mamografia	Biópsia de próstata guiada por ultra	Revisão de lâmina	Tomografia Computadorizada
RX	Colonoscopia	Imunohistoquímico	Cintilografia
	Doppler venoso de mmii	Mielograma	Densitometria
	Doppler de carótida	Vitrectomia posterior	Lipotripsia
	Endoscopia digestiva alta		
	Eletroneuromiografia		
	Espirometria		
	Holter 24 h		
	Punção ASPIRATIVA de Mama (PAAF)		
	Punção aspirativa de tireóide		
	Retossigmoidoscopia		
	RX contrastado		
	Teste ergométrico		
	Ultrassonografias		
	Eletroencefalograma		
	Ecocardiograma		
	Anatomopatológico de Tireóide e Mama (Usuários de Natal)		
	Arteriografia		
	Angiografia		
	Cateterismo		
	USG Morfológica		

*A liberação destes exames obedece a alguns critérios de classificação de risco baseada no grau de prioridade, de acordo com os dados clínicos relatados pelo profissional médico na ficha de referência ou SADT e pela equipe de classificação de prioridades das unidades de saúde.

Por fim, cabe destacar que existem exames que são ofertados de forma atrelada à assistência ambulatorial ou de urgência, sendo os mesmos realizados na própria unidade de saúde responsável pelo atendimento, conforme apresentado a seguir:

Quadro 7: exames ofertados de forma atrelada à assistência ambulatorial ou de urgência, realizados na própria unidade de saúde.

TIPO DE ASSISTÊNCIA	TIPO DE EXAME	UNIDADE DE SAÚDE			
		DISTRITO LESTE	DISTRITO OESTE	DISTRITO SUL	DISTRITO NORTE I
URGÊNCIA ODONTOLÓGICA	RX PERIAPICAL	CEO Morton Mariz			
	RX INTERPROXIMAL				
	RX OCLUSAL				
CONSULTA E URGÊNCIA CARDIOLÓGICA	ELETROCARDIOGRAMA	Centro de Atenção à Saúde do Idoso - CEASI	Policlínica Cidade da Esperança	Unidade Mista de Cidade Satélite	UPA Pajuçara
		Policlínica Dr. José Carlos Passos	UPA Cidade da Esperança	Policlínica de Neópolis	
		Hospital dos Pescadores - HOSPESC	Unidade Mista das Quintas - Maternidade		
		Unidade Mista de Mãe Luiza	Unidade Mista de Felipe Camarão - Maternidade		
CONSULTA OFTALMOLÓGICA	FUNDOSCOPIA	Centro de Atenção à Saúde do Idoso - CEASI			
		Policlínica Dr. José Carlos Passos			

2.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

Na SMS as áreas de atuação estão concentradas em 04 vigilâncias: Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e de Zoonoses que atuam em equipes agrupadas em núcleos. As vigilâncias Sanitária e Epidemiológica são as únicas a atuarem de forma descentralizada em Distritos Sanitários.

A atuação no campo das ações de promoção da vida e saúde, assim como a proteção contra doenças, agravos e fatores de risco estão baseados nas metas pactuadas no Pacto/MS/COAP e mais recentemente aderiu ao Programa de Qualificação e Avaliação da Vigilância em Saúde – PQA-VS.

A precarização dos serviços de vigilância a saúde vem acontecendo paulatinamente ao longo dos anos com a drástica redução de técnicos sem a devida recomposição, ausência de gratificações para responsabilizar os coordenadores das ações e falta de investimentos em tecnologias, veículos, instalações físicas, insumos e capacitações. Esta situação apresenta hoje uma vigilância fragmentada em suas concepções, sem organicidade e despreparada para enfrentar os novos cenários epidemiológicos e de riscos.

Existe um grande déficit de profissionais tendo em vista que o atual quadro de profissionais é incompatível com o volume de demandas, necessitando de investimentos em valorização profissional e qualificação técnica.

As vigilâncias trabalham por demanda programada e espontânea a partir de denúncias a sua Central de Atendimento a Denúncias/CAD, composta por duas linhas telefônicas no nº 0800 281 4031.

2.5.1 Vigilância Epidemiológica

O perfil epidemiológico aponta para a necessidade de aprimoramento e fortalecimento da vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e todo tipo de violências - doméstica, trânsito, urbana, dentre outras.

As doenças transmissíveis como hepatites, sífilis, influenza, hanseníase e dengue carecem de técnicos específicos para fazerem suas vigilâncias e adoção de medidas preventivas e de bloqueio a transmissão. Faltando, principalmente, a interação com os serviços assistenciais de Atenção Básica e Especializada, através da retroalimentação das informações epidemiológicas às equipes de diagnóstico e procedimentos terapêuticos.

As doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional, constantes do anexo II da Portaria 104/MS/GM, está com seus serviços de notificação compulsória, imediata e de vigilância, comprometidos pela falta de infraestrutura que assegure o plantão 24 horas.

2.5.2 Vigilância Sanitária

A cobertura das ações de VISA para o setor regulado de medicamentos, alimentos e serviços de saúde conta com uma equipe de 60 técnicos, quantidade essa insuficiente para atender a toda a demanda existente no município, sendo o setor de medicamentos o mais deficitário e com maior demanda reprimida.

A monitorização dos Serviços de Saúde de interesse à VISA se encontra precarizado pela falta de profissionais especializados na área hospitalar, possuindo, apenas 02 enfermeiras para inspecionar todos os hospitais públicos e privados. Atualmente a VISA libera, em média, 3.000 (três mil) alvarás/Ano.

A área jurídica e de análise de projeto arquitetônico trabalha com excesso de demanda reprimida, devido a falta de advogado e arquiteto para o grande volume de processos que dão entrada nesses setores.

2.5.3 Vigilância da Saúde do Trabalhador

A Vigilância da Saúde do Trabalhador não está implantada, existe apenas um indicativo para sua implantação com a publicação do atual organograma

(decreto 9.190 de 31/08/10) que cria o Setor de Vigilância da Saúde do Trabalhador. Executar esta vigilância exige quadro técnico especializado.

2.5.4 Vigilância Ambiental

A Vigilância Ambiental atua com excelência no monitoramento da qualidade da água de consumo, cruzando seus indicadores com os das doenças diarreicas agudas/MDDA, realiza ações intersetoriais de monitoramento para proteção do Solo (VIGIPEQ) e medidas de educação e prevenção de desastres (VIGIDESASTRES).

2.5.5 Vigilância das Zoonoses

Os serviços da Vigilância das Zoonoses estão vivenciando um momento de reestruturação com a retomada de ações para a leishmaniose, esquistossomose, epizootias e raiva, recomposição da infraestrutura de viaturas (carros e motos), equipamentos e insumos e das equipes de campo dessas e de todas as demais endemias e agravos, bem como a distristalização das ações de Vigilância das Zoonoses e da reformulação dos processos de trabalho, consequência dessa descentralização.

Existe ainda vários problemas de infraestrutura (predial e veicular), de abastecimento e de escassez de recursos humanos a serem superados, com a agilidade na execução dos pedidos e as reformas prediais necessárias para melhorar os serviços ofertados a população e o alcance das metas pactuadas. Tramita hoje junto ao MS a formalização de Convênio para reformar e ampliar as instalações do Centro (CCZ?)

2.6 GESTÃO DO SUS EM NATAL

2.6.1 Caracterização Geral da Estrutura Organizativa

Com fulcro na Portaria nº GM/MS nº 2.135 de 25 de setembro de 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e demais normas regulamentares vigentes do SUS, tem-se as orientações técnico-normativas para elaboração do Plano Municipal de Saúde, sendo em seu primeiro eixo, a Análise Situacional, destinada ao mapeamento da situação geral da esfera, tanto demográfica, socioeconômica, sanitário-epidemiológica quanto da gestão.

No aspecto da estrutura organizativa do SUS em Natal esta seção se destina à caracterização da organização e funcionamento do sistema municipal desde sua implantação até o momento atual da política sanitária, estabelecendo interfaces com o diagnóstico de outros campos, em especial do que concerne ao perfil nosológico como também dos condicionantes e determinantes da vida em sua dimensão ampliada.

2.6.2 Estrutura funcional do Sistema Municipal de Saúde

As primeiras experiências com planejamento e desenvolvimento de ações e serviços de saúde em Natal encontra alinhamento com o processo da Reforma Sanitária Brasileira, mais precisamente com o momento em que se discutia a descentralização da condução dessa política pública no âmbito das unidades federadas e municípios do país. A SMS foi criada pela Lei nº 3.394 de 21 de janeiro de 1986 tendo sido publicada a sua respectiva estrutura organizativa.

Em meio a inúmeras discussões com cooperação técnica da Organização Pan-americana de Saúde – OPAS, foram implantados os Distritos Sanitários (Norte, Sul, Leste e Oeste), estruturadas as primeiras unidades assistenciais (Igapó, Pajuçara, Nazaré e Felipe Camarão, entre outras), assim como, instalou-se o Conselho Municipal de Saúde, criado a partir da Lei nº 3.398 de 04 de fevereiro de 1986, sendo regulamentado esse ato legal com a publicação do Decreto nº 3.360 de 25 de agosto do mesmo ano.

Nos anos seguintes ao de sua criação, a SMS passou por sucessivas alterações normativas em função de sua adequação aos compromissos e competências consoantes com a consolidação do SUS, ajustando-se ainda, às necessidades de reestruturação administrativa sob coordenação do Executivo Municipal. Atualmente, encontra-se regida pelas Leis Complementares nº 108 e 109 de 24 de junho de 2009, sendo regulamentada pelos Decretos nº 8.778 de 02 de junho de 2009 e nº 9.190 de 31 de agosto de 2010.

Destaque-se que a escalada experimentada durante a evolução da Política Sanitária no âmbito nacional, com a descentralização e exigência do atendimento às condições de gestão presentes nas Normas Operacionais do SUS (NOB 01/93 e 01/96; NOAS 01/02), no Pacto pela Saúde e Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regem a atual Política Nacional de Saúde, em todos esses processos, foram propiciados arranjos organizativos que pudessem permitir, ou ainda, criar e desenvolver importantes estruturas de trabalho, em especial, equipes de vigilância em saúde, auditoria, funções gestoras de apoio (sede central e gerência descentralizada nos distritos sanitários), fóruns e instâncias colegiadas, dentre outras iniciativas.

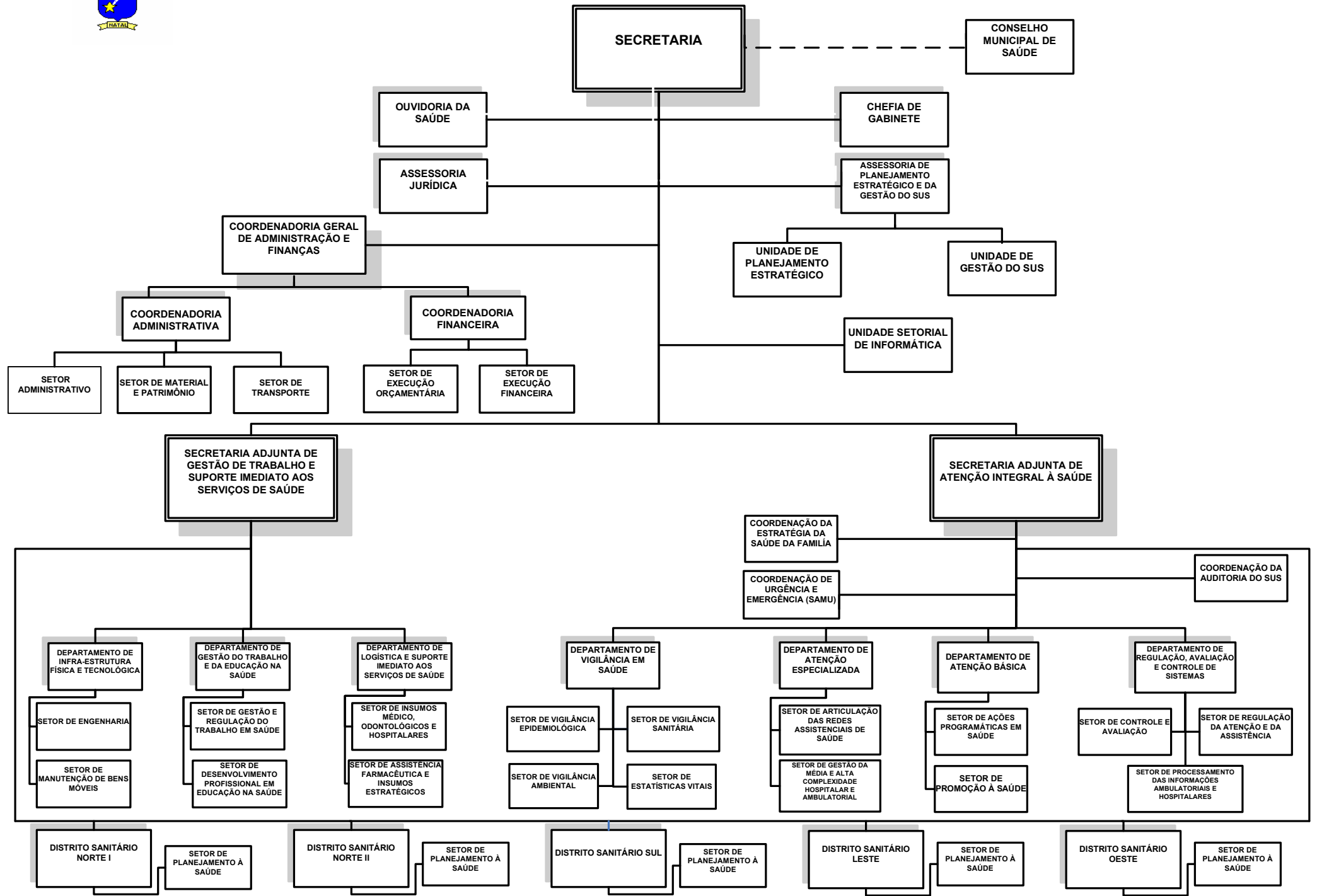
Outro elemento de relevância é o Código Sanitário Municipal, instrumento que rege a política sanitária no território local, promulgado na Lei nº 166 de 15 de setembro de 1999, alterado por legislação posterior às inovações da Política de Saúde e em processo de atualização em virtude da dinamicidade e das contingências que experimenta o Setor Saúde.

Em termos de regulamentação do funcionamento da SMS, mas precisamente no que se refere às suas competências e atribuições, apesar das constantes alterações promovidas por atos jurídicos que tratam da matéria para toda a estrutura do Executivo Municipal, permanece em vigor o que está especificado na Lei Complementar nº 020 de 03 de fevereiro de 1999, consoante com o que determina a Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990). Quanto ao organograma, vigora o que foi aprovado no Decreto nº 9.190/2010.



ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS (Regulamentada pelo Decreto nº 8.778 de 02 de julho de 2009)

ANEXO II



2.6.3 Controle Social

Em consonância com os atos normativos desde a Carta Magna de 1988 às normas infraconstitucionais, com destaque para a Resolução CNS nº 453 de 10 de maio de 2012, o exercício do controle social do SUS em Natal encontra esteio nos principais fóruns instituídos, as Conferências – em caráter consultivo e periódicas – e o Conselho, permanente e deliberativo.

Com a implantação do Sistema de Informação de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS, os dados cadastrais do colegiado de participação social estão atualizados até o encerramento do exercício 2013, contendo os seguintes dados: 20 membros titulares, sendo 10 representantes dos usuários, 5 dos trabalhadores da saúde, 1 vaga ocupada por representação dos prestadores de serviços e 05 componentes da gestão. Consta no SIACS o atendimento à condição legal de paridade de representatividade dos segmentos.

Natal realizou a VI Conferência Municipal de Saúde em 2011 atendendo ao requisito de chamamento da sociedade para avaliar a política de saúde e promover ausculta quanto ao processo de elaboração do PMS 2014 a 2017.

Outro dispositivo que pode ser elencado nesta análise é a criação do serviço de Ouvidoria do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a publicação da Lei nº. 6.019 de 28 de dezembro de 2009, porém, em função de contínuas mudanças ocorridas nos anos de 2009 e 2010, afetando a organicidade da estrutura administrativa da Prefeitura e seus órgãos, a experiência ainda incipiente na modelagem dessa importante iniciativa e as dificuldades em fazer cumprir a legislação e atribuir a função do Ouvidor, tal componente do SUS ainda carece de ajustes, ensejando articulação entre Conselho Municipal de Saúde e Gestão da SMS.

O CMS possui Secretaria Executiva e comissões setoriais organizadas para assuntos diversos de relevância da Política de Saúde, delibera sobre seu orçamento e sobre a peça que abrange o financiamento do SUS em sua esfera de competência, pronuncia-se oficialmente através de resoluções, deliberadas em reuniões ordinárias mensais de caráter aberto à população. A última eleição para escolha da presidência ocorreu em 2013 com escolha de membro representante do segmento de usuários para assumir tal função.

2.6.4 Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde

Os aspectos relevantes do processo de trabalho em saúde encontram ênfase na adoção de condutas que tenham por vista a valorização dos profissionais e sua inserção num contexto de transformação das práticas assistenciais e de gestão, decorrentes das mudanças preconizadas na construção da nova Política de Saúde, que pressupõem democratização das relações e decisões, bem como, atitudes que se amparem em princípios basilares, a exemplo da descentralização, integralidade e equidade.

Criada sob a égide do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a SMS/Natal incorporou desde sua gênese, o trabalho com equipes multiprofissionais que assumiam, à época, a proposta de reorientação de Modelo Tecnoassistencial, configurado na lógica da Vigilância à Saúde, em referência às discussões empreendidas com assessoramento da Organização Pan-americana de Saúde – OPAS. O modelo de organização dos serviços, fundado em centros de saúde com montagem de equipes compostas de múltiplas categorias e especialidades, favorecendo uma visão ampliada, com fundamento na abordagem biopsicossocial.

Consta no histórico da SMS a implantação de três planos de cargos para contemplar os trabalhadores, sendo que o segundo deles, o Plano de Carreiras, Cargos e Salários dos Profissionais da Saúde – PCCS, específico da área (Lei nº 4.127/1992), foi estruturado com base no que disciplinam as leis nº 8.080 e 8.142/1990. Diversos atos normativos foram publicados ao longo dos últimos anos, atendendo às reivindicações advindas de processos negociais com sindicatos e também com a implantação da Mesa Municipal de Negociação Permanente do Trabalho no SUS – MMNPTS, estratégia passível de contínuas mudanças e adequações.

O plano em vigência foi aprovado pela Lei Complementar nº 120/2010, mantendo a dicotomia gerada desde 1992, de um Plano Geral para os servidores de categorias não inclusas no estrito “setor sanitário” (Lei Complementar nº 118/2010 – PCCV), distinto do dispositivo denominado Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos da área da Saúde PCCV – Saúde. Em que pese o avanço experimentando em todo o processo histórico, cabe referir que os ajustamentos decorrentes do cumprimento da lei ainda não foram plenamente alcançados.

Com relação aos vínculos mantidos pela SMS/Natal, evidencia-se a diversificação de sua tipologia, o que dificulta o comando único e gerenciamento da força de trabalho no SUS, sendo: servidores efetivos regidos pelo Regime Jurídico Único do Município, trabalhadores com nomeação para cargos em comissão, profissionais descentralizados ou cedidos em processo de municipalização pelas esferas administrativas (federal e estadual), manutenção de contratos terceirizados com empresas prestadoras de serviços (funções/cargos de nível operacional), estágios curriculares com instituições de ensino e postos de trabalho contratualizados com cooperativas profissionais.

Em se tratando das ações direcionadas para qualificação do trabalho, buscase a sintonia com o que rege a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (Portaria GM/MS nº 1.996/2007), a partir da integração de visões e aspirações distintas, advindas dos representantes do quadrilátero da EPS (gestão – serviços – formação – Controle Social), com esteio nos fóruns específicos, aqui destacada a Comissão de Integração Ensino Serviço – CIES, prevista nos art. 12 e 13 da LOS, agora adotando a estratégia da regionalização dos processos formativos com ênfase nas demandas específicas de cada território localregional e suas respectivas condicionalidades, determinações e perspectivas de mudança.

A SMS dispõe de uma área específica para trato das questões atinentes ao trabalho em saúde, o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – DGTES, pertencente à estrutura organizativa desde a reestruturação administrativa ocorrida em 2005. Nas sedes dos distritos sanitários há uma estrutura funcional para gerenciamento do pessoal no âmbito da respectiva região, responsável pelos aspectos da mobilidade dos integrantes da força de trabalho, interconectando-se à Sede Central para manutenção dos controles.

A política de educação permanente tem custeio programado em caráter de centralidade estadual, atendendo aos dispositivos do financiamento do Bloco da Gestão do SUS, com repasses esporádicos com referência à temporalidade anual e gerenciados mediante pactuação bipartite, uma vez que, trata-se de proposição desenhada e executada em base regionalizada. Cabe às Comissões Intergestoras Regionais a gestão compartilhada e viabilização dos acordos a serem homologados entre os entes partícipes.

2.6.5 Planificação em Saúde

Em consonância com as orientações técnicas e normativo-metodológicas emanadas da coordenação nacional do SUS, o processo de planejamento segue uma dinâmica que traz em seu conjunto de atribuições, responsabilidades atinentes à construção de planos, programações, projetos, agendas estratégicas, além de ações de monitoramento e avaliação do alcance dos objetivos delineados pelos pactos firmados entre a gestão e representação do controle social.

Em se tratando da formulação da proposta de atuação da gestão do SUS, o plano municipal de saúde (PMS) se constitui como instrumento primordial que declara as intenções do gestor, apresentando análise situacional de caráter descritivo e analítico, bem como, as projeções de diretrizes, objetivos e metas para a temporalidade quadrienal que se alinha ao Plano Plurianual de Ações do Poder Executivo. Após aprovado pela instância máxima do Controle Social, o PMS direciona a macropolítica no âmbito sanitário local.

Desde o quadriênio 2006 a 2009 vem sendo cumprido o preceito legal, bem como adoção desse instrumento como declaração de intenções e direcionalidade para a gestão do SUS em Natal. Anteriormente a esse período, sofreram processos irregulares em sua elaboração e experimentaram pouca participação e transparência pública.

A Programação Anual de Saúde (PAS) tem por finalidade atuar enquanto elemento propulsor do PMS, imprimindo-lhe a característica de necessária concretude no contexto do viver local. Também conhecida como módulo operacional do plano, a PAS explicita o “como fazer” da gestão em busca da plasticidade dos objetivos declarados no PMS, desde o ano de 2012, vem agindo como disparadora de condições de materializar as propostas elencadas para a temporalidade de um ano de mandato do gestor público.

Em que pese a existência e funcionalidade desses dois grandes recursos, também podem ser exigidos processos pormenorizados de intervenção, a cargo da elaboração de projetos direcionados para fins específicos, por vezes, contando com financiamento também de natureza focal e prazo limitado no tempo para sua realização. O desenvolvimento dessas propostas tem processos claramente delineados para acompanhar o seu seguimento e pertinente prestação de contas.

As prestações de contas quadrimestrais apregoadas na legislação do SUS (LC nº 141/2012) são instrumentos que pressupõem a transparência da Administração Pública, uma vez que tem como escopo a apresentação de informações detalhadas à sociedade, quanto aos recursos empregados no sistema de saúde e principais ações e iniciativas empreendidas pela gestão, sem dispensar a identificação de possíveis auditorias realizadas no período, tendo a esfera local como alvo de supervisão e monitoramento externo. Hoje é utilizado o meio informatizado para seu lançamento.

Encontram-se em fase de apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS, os relatórios referentes ao exercício 2012, uma vez que, há controvérsias quanto ao desempenho da gestão nessa anualidade. Ressalte-se que existem outros procedimentos de caráter avaliativo sobre o período em tela, sendo desenvolvidos por organismos de fiscalização e controle, dentre eles o Ministério Público, Tribunal de Contas e Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

Além de apresentar uma análise observacional e crítica sobre o fazer cotidiano, numa temporalidade quadrimestral, em consonância com a programação em saúde, tanto física quanto orçamentário-financeira, há ainda o Relatório Anual de Gestão – RAG que pontua e afere resultado do exercício durante um ano de trabalho. Tem por base o processo de aglutinação de indicadores e dados pertinentes ao ano que se tem objetivo analisar, sendo consolidado no sistema de apoio à elaboração do Relatório Anual de Gestão – SARGSUS, de base informatizada e detentor de recurso de interoperabilidade de bancos de dados sob a tutela do Ministério da Saúde.

Da mesma forma que os relatórios quadrimestrais do ano de 2012, o RAG desse mesmo período também não conta com a aprovação do CMS, razão pela qual, aguarda-se a tomada de providências amparada em demandas conclusivas dos órgãos de controle.

Cabe assinalar que o monitoramento frequente do processo de trabalho e da evolução dos condicionantes de vida e saúde da população e respectivo território, a partir dos indicadores, constitui uma das competências da área de planejamento em saúde, sendo assim, indutora da transformação das práticas assistenciais e de gestão.

2.6.6 Financiamento do SUS em Natal

O Fundo Municipal de Saúde – FMS foi criado pela Lei nº 4.006 de 22 de julho de 1991, passando por alterações decorrentes da atualização na política de financiamento, guardando consonância com as transformações vivenciadas na Política Nacional de Saúde e outras determinações pertinentes à Administração Pública. Recorrendo à atualização preconizada pela Instrução Normativa da Receita Federal Brasileira nº 1005 de 08 de fevereiro de 2010, o FMS foi cadastrado com personalidade jurídica na condição de inscrição do tipo matriz.

Considerando a necessidade de dar materialidade às ações do SUS em Natal, a totalidade dos recursos aplicados no setor são orçamentados e movimentados via FMS, conta especial atribuída única e exclusivamente para movimentação transparente de numerários no SUS. A gestão dos recursos financeiros se dá mediante execução das receitas e despesas do Sistema de Saúde, sendo autônoma a SMS, sob comando do (a) ocupante do cargo de secretário (a), a gestão da pasta, operacionalizando os montantes destinados ao setor. Integram esse fundo as fontes de recurso: ordinários do tesouro municipal, transferências do SUS (federal e estadual) e repasses via celebração de convênio, dentre outras modalidades.

Os recursos próprios oriundos de receitas de impostos e outros encargos a que o governo municipal faz jus compõem a base de cálculo para cumprimento do preceito constitucional consagrado pela EC 29/2000, clarificado nos termos do Art. 77, § 3º do ADCT, sendo normatizado suplementarmente pela Resolução CNS nº 322/2003. É importante considerar que após a aprovação da Lei Complementar nº 141/2012, essa prerrogativa foi reforçada quanto à obrigatoriedade de comprovação de despesas com ações e serviços públicos de saúde (DASPS), sendo reservado o percentual mínimo de 15% de aplicação das receitas municipais.

As fontes transferidas de outras esferas de governo têm nos repasses regulares e automáticos do Fundo Nacional de Saúde o seu encaixe mais significativo, uma vez que, trata-se dos valores que frequentemente custeiam o sistema no nível local.

A regra geral para uso desses montantes está definida desde o Pacto pela Saúde, regulamentado nas Portarias GM/MS nº 399, 698 e 699/2006, e ainda, especialmente no tocante ao financiamento, normatizado na Portaria GM/MS nº 204/2007 e outros atos decorrentes de atualização dessas normas. A dinâmica da

transferência efetuada pelo Nível Federal se dá em seis blocos, a saber: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimento na Rede de Serviços.

Em relação às outras remessas intergovernamentais, os repasses de convênio representam valores mínimos no cômputo geral dos montantes auferidos. De modo geral, as transferências convencionais são antecedidas de apresentação de projetos junto a entidades ou órgãos concedentes dos recursos, quase sempre, de investimentos na rede, como se observa nas ações de construção, reforma, ampliação de estruturas prediais e aquisição/instalação de equipamentos e materiais permanentes. Excepcionalmente essa fonte se dirige para custeio.

No ano de 2009 a Gestão Estadual passou a participar do custeio das ações básicas desenvolvidas no âmbito da atenção primária e da vigilância em saúde, na perspectiva de promover o fortalecimento dessas iniciativas junto às municipalidades. Esses recursos passaram a integrar uma transferência também regular e automática oriunda do Fundo Estadual de Saúde, com periodicidade trimestral, normatizado pela Portaria SESAP/RN nº 166 de 15 de setembro de 2009. De acordo com a referida portaria os valores foram calculados utilizando duplo caráter: quantitativo de equipes profissionais atuando na atenção básica e contingente populacional. O valor orçado para Natal foi estimado, à época, em R\$ 1.905.142,6/ano, com repasse trimestral previsto de R\$ 476.285,65. Essa fonte sofreu interrupção e aguarda processo de renegociação com o ente estadual.

O comportamento dos montantes dirigidos à Política Municipal de Saúde pode ser analisado em função dos indicadores disponibilizados pelo Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, considerando que a partir de 2000 até 2004 foi deflagrado o processo de ajustamento ao que preconiza a Emenda Constitucional nº 29, escalonando o alcance do percentual mínimo por esfera administrativa, no caso do município, culminando, para o ano de 2004, com a obrigatoriedade de aplicação mínima dos 15% dos seus recursos próprios.

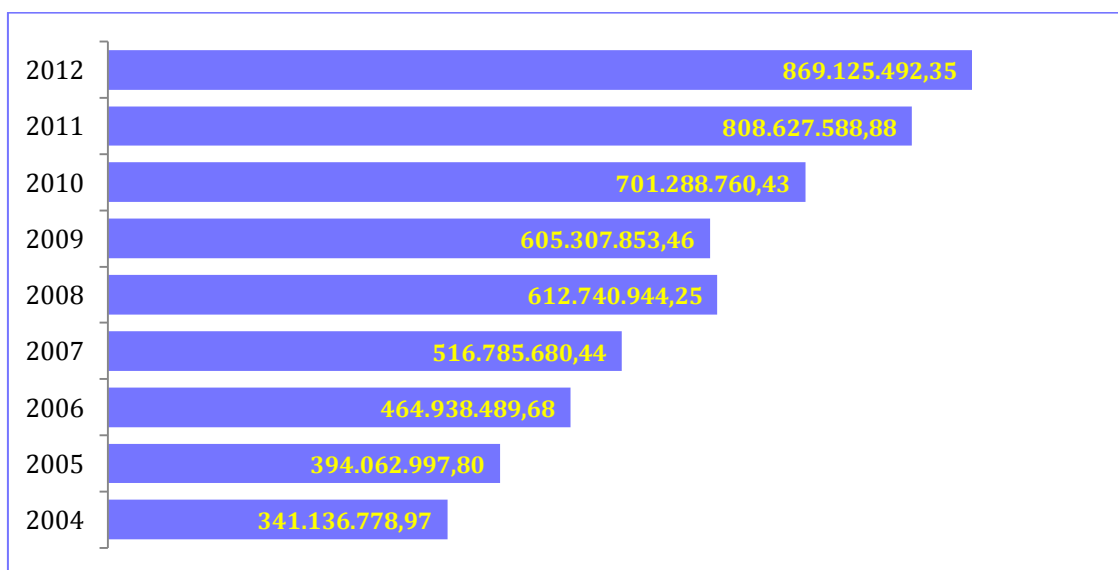
Em primeira análise, considerando os critérios definidos no art. 35 da Lei nº 8080/90, desponta com participação mais significativa a utilização da cobertura per capita para transferências aos estados, municípios e para o Distrito Federal.

Uma fração expressiva dos recursos financeiros transferidos tem a base populacional como parâmetro para cálculo dos valores de referência de cada ente

federado. Fazem parte dessa metodologia desde o custeio pelo Piso da Atenção Básica (PAB), passando pela estimativa dos montantes para o Piso Fixo da Vigilância em Saúde, além das transferências para a Assistência Farmacêutica Básica e Média e Alta complexidade. É primordial considerar sendo a base populacional um elemento-chave na adoção desse critério, verifica-se que o crescimento desse contingente foi da ordem de 8,3%, analisando-se o período em questão, tendo como referencial dos dados do Censo e Estimativas do IBGE (2004 a 2013).

Focalizando em primeira análise as receitas no período para compreensão do financiamento do setor, tem-se que as receitas de impostos e de transferências constitucionais e legais ao município sofreu um acréscimo de 205,68% (2004 a 2013) com maior destaque para o crescimento a partir do ano de 2003, seguindo uma tendência sempre crescente, apesar de variações negativas no ano de 2009.

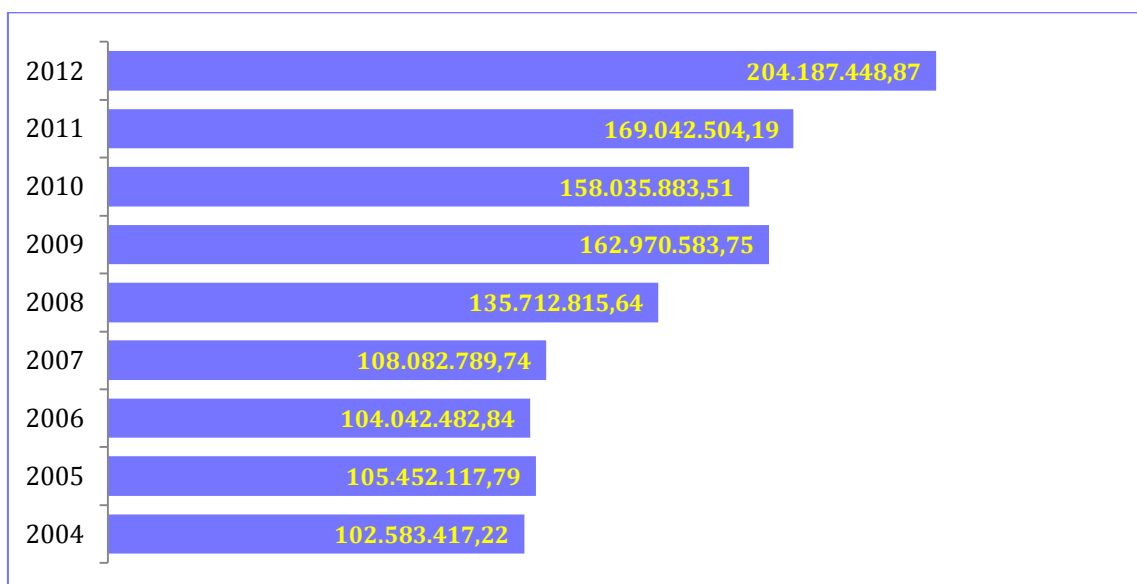
Gráfico 2: Receitas de impostos e transferência constitucionais por ano. Natal/RN. 2004-2013



Fonte: MS/DATASUS

As transferências do SUS advindas do Nível Federal também sofreram elevação significativa considerando sua majoração em 100% no período em estudo.

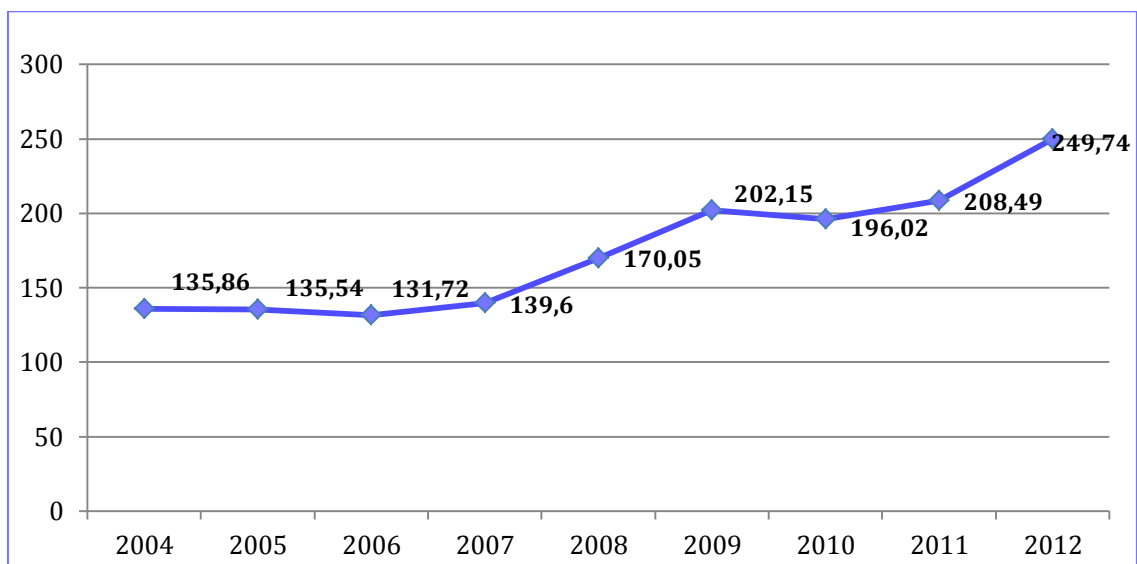
Gráfico 3: Receitas transferidas pelo SUS por ano. Natal/RN-2004-2013



Fonte: MS/DATASUS

Também cabe outra via de análise, quando analisada a participação per capita dessas transferências da esfera federal, sendo perceptível o avanço nesse sentido, variando positivamente em 83,8%, saindo de R\$ 135,86 (2004) para R\$ 249,74 (2012) por habitante.

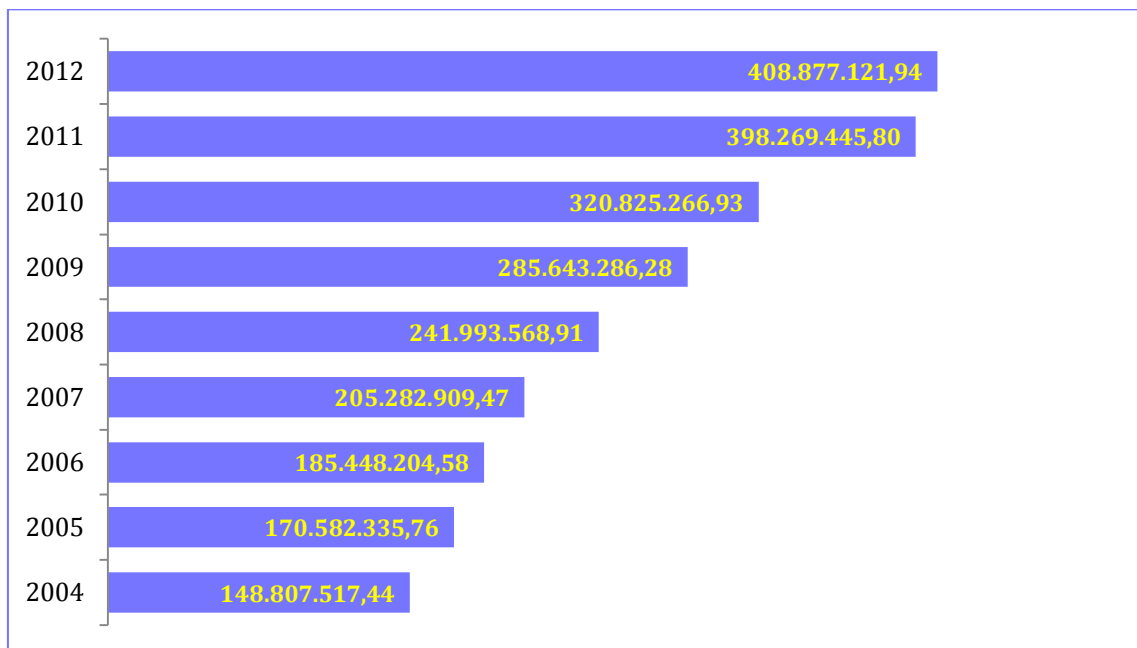
Gráfico 4: Receitas transferidas pelo SUS por habitante/ano. Natal/RN-2004-2013



Fonte: MS/DATASUS

Em se tratando das despesas totais em saúde, os montantes aglutinados foram incrementados entre 2004 e 2012, passando de R\$ 148.807.517,44 para R\$ 408.877.121,94. Percebe-se elevação em consideráveis 174,8%.

Gráfico 5: Despesa total com saúde por ano. Natal/RN-2014-2013



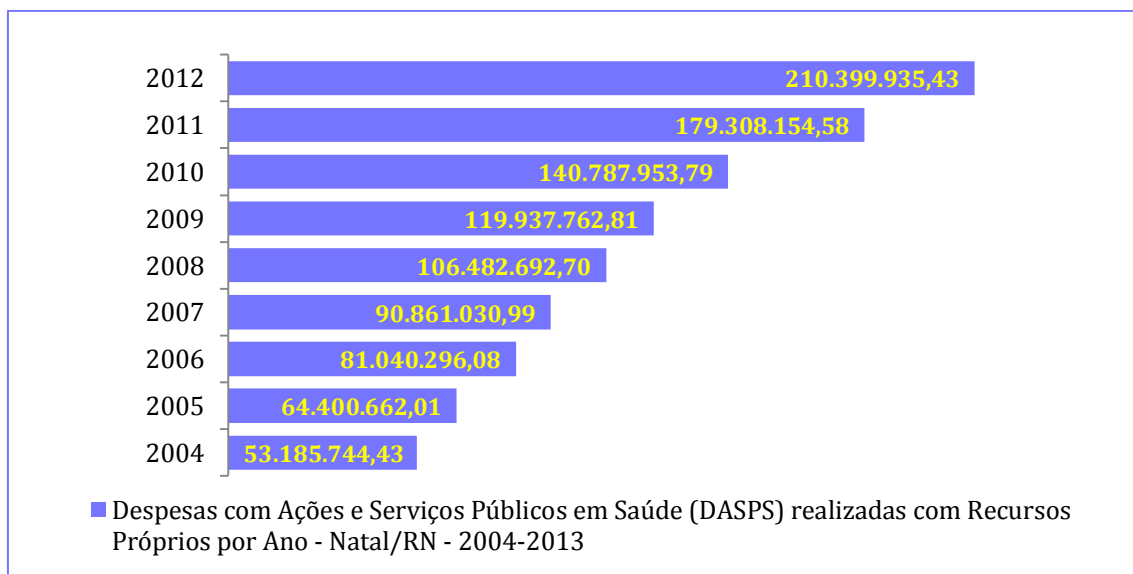
Fonte: MS/DATASUS

Assim como houve crescimento nas receitas próprias do município as despesas também foram acrescidas em decorrência do cumprimento das responsabilidades em cumprir uma Política de Saúde com fundamento no que rezam os princípios e diretrizes consignados no compêndio normativo do SUS e no ideário da Reforma Sanitária que ampara as novas práticas de gestão e atenção.

A análise que segue diz respeito ao cumprimento das prerrogativas legais para a aplicação de recursos próprios no setor. Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29 e mais recentemente da Lei Complementar nº 141/2012, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de Saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo.

As despesas efetuadas com recursos próprios, conforme prevê a norma jurídica apresentam uma elevação gradual e intensa desde 2004 até o ano de 2012, apurando um patamar de 295,6% de crescimento quando computado todo o período da série histórica em estudo.

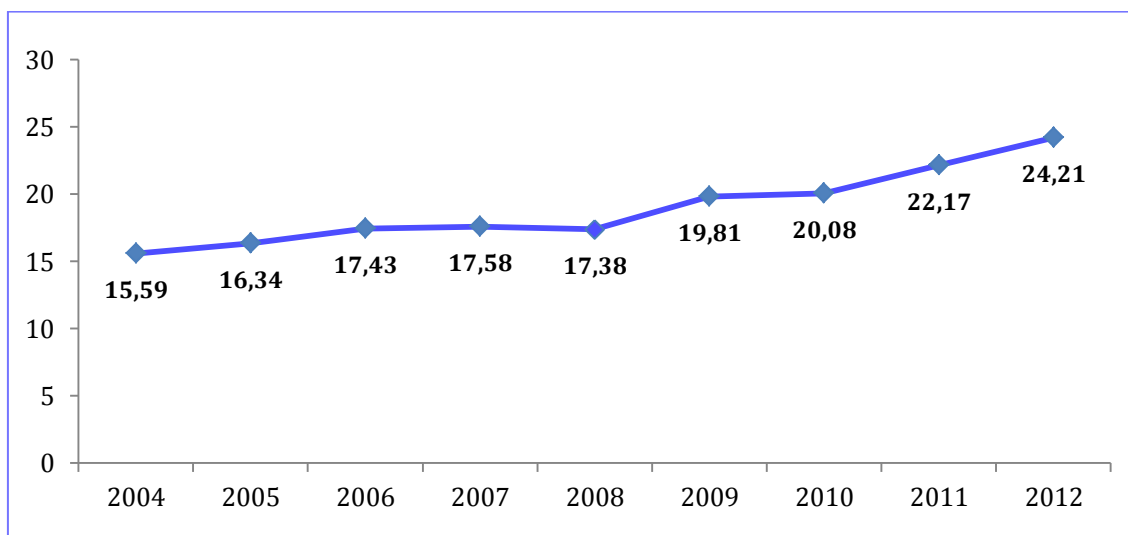
Gráfico 6: Despesas com ações e serviços públicos de saúde (DASPS), realizadas com recursos próprios por ano. Natal/RN-2004-2013



Fonte: MS/DATASUS

Desde o ano de 2004, com o imperativo constitucional, o comprometimento mínimo das receitas municipais deve estar em pelo menos 15%, sendo em Natal esse condicionante plenamente atendido, até alcançar 24,21% no último exercício (2012).

Gráfico 7: Aplicação de recursos próprios em saúde – EC 29 próprios por ano. Natal/RN-2004-2013



Fonte: MS/DATASUS

Dessa forma, os compromissos da Gestão Municipal devem estar pautados na manutenção dessa conduta de relevância para medidas que apontem para a qualificação de todas as ações do Sistema de Saúde, com o desafio constante de

construir planos, projetos e propostas que estejam consubstanciadas nos anseios da gestão do SUS.

2.6.7 Regulação Assistencial

Os serviços e ações definidas como Atenção Especializada situam-se como uma iniciativa essencial à gestão municipal. Este nível de atenção encontra-se estruturado em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Até o ano de 2002 não existia programação para esse nível de assistência em Natal. Com o advento da NOAS 01/2002 é que houve a disponibilização de uma alternativa assistencial mais adequada a necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, efetivada por meio de Complexos Reguladores.

Articulada com a avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação de recursos, além das ações de controle e avaliação, enfrenta os desafios de sua implementação. Com a efetivação da Programação Pactuada Integrada (PPI) em 2003 no Estado do Rio Grande do Norte ganhou mais um instrumento para proporcionar a melhoria no acesso da população aos serviços. Embora ainda careça de uma série histórica bem definida que traduza as necessidades reais da população. Porém, mesmo diante das dificuldades encontradas em pactuar, foi possível traçar parâmetros iniciando um longo e contínuo processo de planejamento.

O complexo regulador do Município de Natal começou sua história em 2004, e somente em 2010 fez a migração para o SISREG III .

A Central de Marcação de Consultas tem atualmente 44 especialidades médicas agendadas pela Central de Regulação para 39 prestadores de serviço. Uma média de 40.000 consultas mensais ofertadas nas seguintes especialidades:

- avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva, alergologia e imunologia (adulto e infantil), angiologia, buco-maxilo facial, cardiologia, cirurgia bariátrica, cirurgia pediátrica, cirurgia pequeno porte, cirurgia geral, cirurgia grande porte, cirurgia aparelho digestivo, cirurgia oncologia, cirurgia oncologia fígado e pâncreas, cirurgia plástica (adulto e infantil),

cirurgia vascular, cirurgia torácica, dermatologia (psoríase, adulto e infantil), endocrinologia e metabologia, fisioterapia, gastroenterologia (adulto e infantil), geriatra, geneticista, hematologia (adulto e infantil), hepatologia, infectologista (adulto e infantil), mastologia, nefrologia (adulto e infantil), neurocirurgia (adulto e infantil), neurologia, oftalmologia (geral e terciário), oncologia clínica (adulto e infantil), onco-hematologia, ortopedia (adulto e infantil), ortopedia com mobilização provisória, otorrinolaringologia (adulto e infantil), pneumologia (adulto e infantil), polissonografia, proctologia, programa de atenção ao diabético, psiquiatria, reumatologia, urologia, consulta especializada avaliação de glaucoma.

A assistência especializada em Natal assume a seguinte característica:

- Executante: 20 prestadores

- Solicitante: 166 municípios, 14 unidades no distrito Norte I, 15 unidades no Distrito Norte II, 10 unidades no Distrito Sul, 12 unidades Distrito Leste e 19 unidades Distrito Oeste.

A Central de Exames de Média Complexidade tem 32 procedimentos pertencentes a tabela SIA, que em seu sistema agendam uma média 10.000 procedimentos por mês. Para endoscopia digestiva, endoscopia infantil, teste ergométrico, eltroneuromiografia ultrassonografia (adulto e infantil), Doppler venoso MMII, Doppler de carótidas, colonoscopia, urografia excretora, uretrocistografia, clister opaco, esôfago, serigrafia, trânsito intestinal, histerossalpinografia, retossigmoidoscopia, holter 24 horas, broncoscopia, mapa, punção de mama, punção de tireoide, biópsia de próstata guiada por USG, cateterismo, grupo de arteriografia e flebografia, as unidades solicitantes encaminham para a regulação e após análise técnica são liberados pelos reguladores da Central de Regulação. Os exames de mamografia, eletroencefalograma, ecocardiograma e Raios X simples são liberados pelas unidades de saúde e as fisioterapias agendadas pelos Distritos Sanitários.

Almeja-se reorganizar o sistema de regulação para uma melhor assistência em todos os níveis de complexidade através da adesão aos protocolos de regulação instituído e publicados, como também aumento da resolutividade dos serviços credenciado com foco nas necessidades dos usuários, fazendo assim uma regulação prioritária a partir da Atenção Primária.

EIXO 1 GESTÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.

A Gestão da Atenção Integral à Saúde para fortalecer a política sanitária no âmbito municipal, deve buscar efetivar a integralidade da atenção, garantindo, ampliando e humanizando o acesso às ações e serviços de saúde com qualidade, observando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

É imprescindível dotar o sistema da capacidade de resposta necessária para o atendimento das especificidades colocadas pelo perfil sócio-sanitário da coletividade, sendo essencial que estes sejam qualificados e adequados à realidade local para intervir positivamente nas condições de saúde da população.

A gestão da atenção deverá estar delineada de tal forma que possibilite a promoção da eficácia no aumento e na efetividade das ações, considerando-se os interesses e as precisões dos usuários do Sistema de Saúde Municipal.

Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal propõe investir no modelo de gestão e de atenção focado em resultados para fomentar o alinhamento entre o planejamento, a ação e o controle nos serviços de saúde, com o intuito de torná-los mais eficientes e eficazes.

Por essa razão, a identificação de áreas com maior concentração de pessoas vulneráveis e a garantia da distribuição adequada e equitativa dos serviços de saúde para essas populações constituem desafios para os sistemas de saúde.

Diante disso, considerando que a vulnerabilidade corresponde à capacidade de um indivíduo ou sistema de sofrer danos em resposta a um estímulo, a Política Municipal de Saúde enfatiza o entendimento de que pessoas com características semelhantes podem constituir um grupo populacional com maior necessidade em saúde, sendo particularmente vulnerável às mudanças nas condições que configuram o seu modo de vida, decorrentes de determinantes econômicos, sociais, individuais, comportamentais, ambientais, físicos, e aqueles relacionados aos serviços sociais e de saúde, onde a cultura e o gênero posicionam-se transversalmente neste padrão, por influenciarem, de maneira geral, o surgimento de outros determinantes.

Além disso, a publicação do Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, deu causa ao surgimento de novos desafios para a organização do Sistema

Único de Saúde, tornando-se essencial a definição de arranjos institucionais no âmbito municipal capazes de integrar e aparelhar os serviços de saúde e de estabelecer linhas de cuidado destinadas a garantir a atenção integral à saúde (LAVRAS, 2011).

Tais arranjos, baseados nos dispositivos da norma, colocaram na centralidade da agenda da gestão a necessidade de remodelagem dos instrumentos vigentes e a dinâmica operacional do SUS no âmbito municipal, apontando categoricamente a Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do acesso ao SUS (MENDES, 2011).

Considere-se ainda, as diretrizes da Política de Humanização da Atenção e da Gestão, cujo objetivo é qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde, denotando a necessidade de adoção de novas atitudes por parte de profissionais, gestores e usuários, de uma conduta ética no espaço de trabalho, incluindo o campo da gestão e das práticas de saúde, para a superação de entraves funcionais e estruturais, possibilitando o desenvolvimento das ações de saúde.

Desse modo, os objetivos, diretrizes e metas integram todos os níveis de complexidade da atenção/assistência, configurando corredores funcionais entre os pontos de atenção (unidades básicas e serviços especializados), a fim de garantir a longitudinalidade do cuidado, viabilizando a configuração de redes de atenção, conforme preconizada na norma, contemplando as necessidades do diagnóstico aqui delineado. Para tanto, a gestão da atenção integral à saúde encontra-se expressa em 04 diretrizes, desdobrando-se em 17 objetivos e 80 metas, conforme apresentado a seguir.

3.1.1 DIRETRIZ 1. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade, mediante a adequação do perfil das unidades de saúde da rede pública municipal e do aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada à luz da PNH, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.

Linhas prioritárias:

- Ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde para toda a população, própria e referenciada, com centralidade na atenção primária como ordenadores das práticas do cuidado, incorporando ações e atividades que reúnam a promoção, prevenção e tratamento, até o encaminhamento para atendimento especializado, a fim de assegurar a integralidade às pessoas;
- Dar ênfase à organização programática das ações da Atenção Básica/Primária à Saúde (AB/APS), fortalecendo e expandindo a Estratégia Saúde da Família (ESF), de conformidade com o perfil das áreas e população, respeitando sua diversidade e configuração demográfica, socio sanitária, ambiental e epidemiológica;
- Adequar o funcionamento de unidades básicas que não sejam integrantes da ESF, buscando sua qualificação na construção de planos operativos que deem conta do atendimento às demandas sob oferta dirigida aos perfis desenhados em cada área de atuação das UBS;
- Estruturar ações e serviços de natureza especializada, com adensamento técnico e tecnológico compatível com as demandas sociais/assistenciais, priorizando a rede própria (esfera pública) e contratualizando pontos de assistência complementar, regulada e controlada pela gestão pública;
- Monitorar as condições sócio-sanitárias e ambientais que traduzem as vulnerabilidades, a iniquidade e a exclusão social, buscando integrar assistência e vigilância das condições de vida e saúde, intervindo nas causas (promoção), prevenindo riscos (proteção) e assistindo aos casos de danos, agravos e sequelas (recuperação/reabilitação).

Objetivo 1.1: Ampliar o acesso e fortalecer a Atenção Básica, com ênfase na APS.

META
1. Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica para 70%.
2. Implantar o PMAQ em 100% dos serviços de Atenção Básica.
3. Contemplar nas Programações Anuais de Saúde (PAS) 100% das ações de promoção, prevenção e tratamento, identificadas como necessárias no território das unidades de saúde, de acordo com o perfil epidemiológico local, priorizando as áreas e a população de maior vulnerabilidade.
4. Reduzir em 10% as internações por causas sensíveis à atenção básica.
5. Realizar 60% de cobertura anual do acompanhamento das condicionalidades do perfil de saúde das famílias e do Programa Bolsa Família (PBF), de forma articulada com a SEMTAS e a UFRN.
6. Implementar as ações alimentação e nutrição em conformidade com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Objetivo 1.2: Ampliar o acesso e aprimorar a assistência especializada

META
7. Aumentar em 10% a oferta de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente e pactuada.
8. Aumentar em 10% a oferta de procedimentos ambulatoriais e clínico-cirúrgicos de alta complexidade para população residente e pactuada.
9. Ampliar para 100% a cobertura dos serviços especializados com contrato de metas firmado.
10. Aumentar em 50% a cobertura do PRAE para a inclusão social da população com mobilidade reduzida devido a transtornos, doenças crônicas, idade e deficiências.
11. Fortalecer a rede de atenção especializada de saúde bucal, por meio do aparelhamento e da qualificação de 100% dos CEOs.
12. Fortalecer o componente hospitalar municipal de forma articulada às redes de atenção à saúde.

Objetivo 1.3: Organizar e implementar a Rede de Atenção às Urgências no âmbito municipal.

META
13. Ampliar em 30% a contratualização de leitos de retaguarda para urgência nas especialidades diagnosticadas como necessárias
14. Aumentar o alcance do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), implantando mais 07 bases descentralizadas o SAMU.
15. Ampliar o nº de unidades do componente pré-hospitalar fixo para cobertura de 100% da área do município no atendimento das urgências de baixa e média complexidade, integrando-as à Rede de Atenção às Urgências do RN.

Objetivo 1.4: Organizar e implementar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no âmbito municipal para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

META
16. Reduzir em 5% ao ano a realização de cesarianas.
17. Implantar a Rede Municipal de Proteção a Mulheres e Crianças em Situação de Vulnerabilidade Social (violência doméstica, sexual, obstétrica, dentre outras; situações de confinamento; e demais vulnerabilidades) integrando 100% das unidades da rede pública municipal.
18. Ampliar e qualificar a oferta da atenção do planejamento reprodutivo em 100% das unidades básicas de saúde e maternidades municipais.
19. Implantar serviços articulados à Rede de Atenção Materna e Infantil para prestação de cuidados a mulheres em situação de abortamento inseguro nos cinco Distritos Sanitários.
20. Aumentar em 10% a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal.
21. Implementar o Plano de Ação Municipal da Rede de Atenção Materna e Infantil.
22. Garantir o Registro Civil das crianças nascidas nas maternidades Quintas, Felipe Camarão e Professor Leide Moraes, em cumprimento à Lei nº 2.237/2007.

Objetivo 1.5: Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com a rede de atenção psicossocial (RAPS), com os demais pontos de atenção em saúde e com outros pontos intersetoriais.

META
23. Aumentar em 40% os serviços da rede de Atenção Psicossocial no município.
24. Estabelecer protocolos e fluxos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para garantir o atendimento de 100 % da demanda de portadores de transtorno mental.
25. Implantar e implementar o apoio matricial em Saúde Mental nas unidades de Atenção Básica, priorizando as áreas de vulnerabilidade nos cinco Distritos Sanitários.
26. Implantar a política municipal de enfrentamento às drogas, com o estabelecimento de uma referência específica para o atendimento AD à crianças e à adolescentes na rede de Saúde Mental do Município.
27. Implantar em 100% dos serviços de Saúde Mental a supervisão clínico institucional.

Objetivo 1.6: Promover a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante a qualificação da gestão e da organização da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.

META
28. Reduzir em 5% a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (Doenças dos aparelhos circulatório e musculoesquelético, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
29. Garantir a cobertura vacinal contra influenza em 80% dos idosos na faixa etária de 60 anos ou mais e demais grupos de risco.
30. Efetivar o atendimento à saúde da população idosa institucionalizada em 100% das instituições cadastradas na Secretaria de Trabalho e Assistência Social, mediante pactuação interinstitucional.
31. Reduzir em 2% as internações originadas por doenças crônicas.

META
32. Implantar 01 Centro de Referência, incluindo o PRAD, no âmbito municipal, de forma articulada à Rede de Atenção às Doenças Crônicas, com o estabelecimento de referência para cuidados especializados a 100% dos pacientes cadastrados e acompanhados nas unidades de saúde do município, conforme protocolo específico.
33. Estabelecer referências para garantia do cuidado longitudinal de 100% dos usuários idosos e das pessoas vivendo com DST/HIV/AIDS, hepatites virais e câncer, atendidos nas unidades públicas municipais.

Objetivo 1.7: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer.

META
34. Ampliar para 0,6 a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos.
35. Ampliar em 10% a razão de exames de mamografia para implantação de rastreamento de casos de câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos de idade.
36. Implantar o programa de rastreamento de casos de câncer de próstata e/ou de pênis em homens com 50 anos e mais de idade nos cinco Distritos Sanitários.

Objetivo 1.8: Promover a melhoria das condições de saúde do deficiente mediante qualificação da gestão e da organização da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência.

META
37. Dotar 100% das Unidades da Rede Municipal de dispositivos de acessibilidade para o acolhimento às pessoas com deficiência.
38. Organizar a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência no âmbito municipal, com a elaboração e implantação da política de atenção às pessoas com deficiência.
39. Ampliar o acesso aos serviços especializados em reabilitação, estruturando 03 Centros Especializados em Reabilitação (CER).

3.1.2 DIRETRIZ 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

As áreas da promoção e vigilância em saúde são apontadas neste Plano Municipal de Saúde como a segunda diretriz do eixo da Gestão da Atenção Integral à Saúde, por serem consideradas indissociáveis e capazes de reorganizar as ações de saúde, para o controle de danos, riscos e agravos decorrentes de determinantes sócio-sanitários e ambientais que incidem sobre o perfil epidemiológico da população.

Desse modo, evidencia-se que a vigilância em saúde, entendida como uma forma de pensar e agir, é compreendida como campo que objetiva a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. Isso possibilita a elaboração de agendas de prioridades respaldada na realidade local, sendo, entretanto essencial o fortalecimento de novas estratégias, que obrigatoriamente impõem uma maior integração entre as áreas de promoção, prevenção e controle na rede assistencial.

Portanto, verifica-se que pensar em Vigilância do campo da Saúde pressupõe a não dissociação das vigilâncias, em especial com a Vigilância Sanitária, bem como a integração das ações das vigilâncias com as demais ações de saúde, universo do processo de trabalho das equipes de atenção à saúde, visando à garantia da integralidade do cuidado.

Nesse âmbito, é fundamental o uso de protocolos assistenciais que prevejam ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, que são dirigidos aos problemas mais frequentes da população. Tais protocolos devem incluir a indicação da continuidade da atenção e a regulação dos riscos, considerando a organização sistêmica das vigilâncias e sua articulação com as redes assistenciais, flexíveis em função do contexto local. Além disso, é importante a adoção de processos de Educação Permanente em Saúde na formação e qualificação das equipes, cuja missão é ter capacidade para resolver os problemas que lhe são apresentados, ainda que a solução extrapole aquele nível de atenção e a necessidade de criar mecanismos de valorização do trabalho na atenção básica, com efetiva participação da população e do controle social.

Cabe ressaltar que o cuidado integral à saúde das pessoas por meio da promoção da saúde é tido como um dos aspectos fundamentais das vigilâncias em saúde, compreendido como estratégia de articulação transversal, à qual são incorporados outros fatores que colocam a saúde da população em risco, trazendo à tona as diferentes necessidades presentes no território e colocadas pelas culturas locais, a fim de criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

A promoção da saúde no SUS deverá ser efetivada, no âmbito municipal, por meio da articulação com as redes de atenção à saúde, enfatizando responsabilidade solidária de todos os envolvidos na redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população, difundindo e incorporando no sistema de saúde os seus conceitos primordiais. Com intuito de promover a qualidade de vida, a produção da saúde deve ser norteadada pela busca da equidade, estímulo às ações intersetoriais, fortalecimento da participação social, adoção de práticas horizontais de gestão e pela divulgação das iniciativas bem sucedidas aos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando-se estratégias adequadas à realidade local.

Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde prevê que a organização da atenção e do cuidado deve envolver ações e serviços que operem sobre os determinantes do adoecer e que vão além dos muros das unidades de saúde e do próprio sistema de saúde, objetivando promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

Objetivo 2.1: Fortalecer e executar as ações de Vigilância Epidemiológica, incluindo o controle e monitoramento das doenças transmissíveis, não transmissíveis, da imunização e oferta de resposta rápida às ocorrências e surtos.

META
40. Alcançar, pelo menos, 50% de cobertura vacinal de 100% das vacinas que compõem o calendário básico de vacinação preconizado pelo Ministério da Saúde.
41. Alcançar 85% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
42. Manter abaixo de 3% o percentual de óbitos por causa básica mal definida em relação ao total de óbitos notificados.
43. Encerrar 80% ou mais das doenças de notificação compulsória imediata, registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.
44. Realizar vigilância e monitoramento de 100% dos surtos, eventos adversos e queixas técnicas.
45. Reduzir anualmente em 5% a taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos.
46. Reduzir em 5% ao ano a incidência de sífilis congênita.
47. Manter em 85% a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.
48. Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental.
49. Elaborar e Implementar Planos de Ação Intersetoriais de Prevenção as Violências Domésticas, Sexual, Bullying, no Trânsito e Outras Identificadas como prioritárias.
50. Investigar e Encerrar Anualmente no mínimo 90% dos Óbitos de Mulheres em Idade Fértil.
51. Investigar e Encerrar Anualmente no mínimo 70% dos Óbitos Infantis e Fetais
52. Investigar e encerrar Anualmente 100% dos Óbitos Maternos.
53. Monitorar 100% dos casos de DCNTs no município e atuar na avaliação e fortalecimento das ações de prevenção e promoção
54. Alcançar em 100% das metas pactuadas no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQAVS, conforme Portaria 1.708 de 16/08/13

Objetivo 2.2: Fortalecer as ações de vigilância, com vistas a prevenir os riscos decorrentes do convívio, nem sempre harmônico entre humanos e animais, contribuindo para redução da incidência de Zoonoses e outras doenças transmitidas por vetores.

META
55. Realizar a Vigilância da Raiva em 100% dos bairros do município.
56. Reduzir em 50% o nº absoluto de óbitos por dengue.
57. Reduzir para menos de 1% o índice de infestação predial para o <i>Aedes Aegypti</i> no município.
58. Reduzir a incidência de casos de Leptospirose para 1,7 por 100.000/hab. no município.
59. Reduzir a menos de 5% o índice de positividade para Esquistossomose.
60. Reduzir em 100% o número de áreas de altíssimo risco em acidentes com Animais Peçonhentos.
61. Reduzir o número absoluto de casos em humanos de Leishmaniose Visceral para menos de 4 casos/ano.

Objetivo 2.3: Fortalecer e executar as ações de vigilância Sanitária, incluindo o controle e monitoramento dos riscos a qualidade dos alimentos, produtos e serviços de interesse à saúde, bem como atividades de educação em saúde para população e setor regulado.

META
62. Aumentar em 10% ao ano a base cadastral de estabelecimentos novos sujeitos a Vigilância Sanitária.
63. Atualizar e publicar o Código Sanitário.
64. Implantar e implementar em 100% das equipes distritais de Vigilância Sanitária Programas e Práticas Regulares de Educação em Saúde voltadas para População e Setor Regulado.
65. Estruturar a Vigilância Sanitária para sua modernização tecnológica e operacional em 100% de suas unidades técnicas e administrativas.
66. Inspeccionar anualmente os estabelecimentos sujeitos a Vigilância Sanitária das áreas de alimentos, produtos e serviços de interesse à saúde, conforme percentuais a serem estabelecidos nas Programações Anuais com parâmetro na base cadastral da VISA.
67. Implantar o Laboratório Municipal de Saúde Pública/LACEN Natal, com Gestão Pública, para dar suporte às ações de vigilância em saúde, bem como atender as demandas de apoio diagnóstico na assistência.

Objetivo 2.4: Fortalecer e executar as ações de Vigilância Ambiental, incluindo o controle e monitoramento dos riscos às populações expostas a solos contaminados, desastres, poluição do ar e água de consumo.

META
68. Aumentar em 5% os pontos de coleta de análises de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
69. Implementar as ações do VIGIPEQ (Vigilância das Populações Expostas a Substâncias Químicas) e do VIGIDESASTRES para cumprimento de 100% da Programação Anual.

Objetivo 2.5: Implementar ações voltadas a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador, no intuito de qualificar a assistência prestada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho: na perspectiva da prevenção, promoção, proteção, recuperação da saúde dos trabalhadores e monitoramento das condições dos ambientes de trabalho, bem como com seus agravos.

META
70. Implementar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador no âmbito do município de Natal.
71. Criar o Setor de Vigilância em Saúde do Trabalhador, conforme Decreto 9.190 de 31/08/10.

Objetivo 2.6: Estruturar os Distritos Sanitários por Meio do Fortalecimento de Sua Capacidade Operacional

METAS
72. Fortalecer as Vigilâncias em Saúde nos 05 Distritos Sanitários com incremento de equipamentos e pessoal.

Objetivo 2.7: Estruturar os serviços de Vigilância em Saúde (epidemiológica, zoonoses, sanitária e ambiental)

METAS
73. Estruturar os serviços das Vigilâncias em Saúde: Epidemiológica, Zoonoses, Sanitária e Ambiental p/ execução de suas ações e cumprimento de suas metas.

3.1.3 DIRETRIZ 3. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Como uma das ações de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é reconhecidamente fundamental para o cuidado à saúde, sendo determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços prestados em saúde.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) é estabelecida como o elenco de ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, considerando-se o medicamento como insumo fundamental, com o fim de garantir o acesso e seu uso racional, por meio de uma gestão efetiva que propicie a consecução do ciclo da assistência farmacêutica em todas as suas dimensões, inserindo-a como uma ação de saúde. Para tanto, tais ações devem incluir a pesquisa, o desenvolvimento de ações e a seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos e insumos, a garantia da qualidade dos produtos e serviços e ainda, o acompanhamento e a avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados consistentes e da melhoria da qualidade de vida da população.

Para atuar em conformidade com os preceitos estabelecidos pela PNAF, e viabilizar a pretensão de reorientação da Assistência Farmacêutica, a SMS almeja promover uma gestão eficiente da assistência farmacêutica, considerando os seus três componentes: básico (atenção primária), estratégico (controle da tuberculose, da hanseníase e de endemias; HIV/Aids; hemoderivados; vacinas, soros e imunobiológicos; controle do tabagismo; alimentação e nutrição, dentre outros, colocados pela Política de Saúde) e especializado (acesso ao tratamento de doenças cujas linhas de cuidado estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas).

Entretanto, ressalta-se a importância de intervir sobre o uso racional de medicamentos, observando de modo prudente o fornecimento por demanda judicial ou instrumento similar. Requer uma conduta de controle desde o fornecimento de medicamentos básicos, não incluídos na RENAME, além da REMUME, até medicamentos prescritos para indicações não previstas em bula, experimentais e sem registro no país.

Nesse sentido, torna-se necessária a adoção de mecanismos capazes de regular tal questão, tais como: discutir e orientar as instituições e os setores

envolvidos nas demandas judiciais, definir o fluxo para resposta às demandas judiciais, adquirir medicamentos para atendimento das demandas judiciais pertinentes, organizar os dados e o cadastro das ações judiciais, estabelecer estratégias de defesa e enfrentamento dos processos judiciais.

Desse modo, a gestão busca alcançar resultados por meio de do investimento em pessoas e nos processos de trabalho, visando a utilização eficiente dos recursos disponíveis, da qualificação do gerenciamento, do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas, as quais devem ser realizadas, de modo a contemplar, em especial, a universalidade e equidade, a integralidade, a multidisciplinaridade e intersetorialidade, a garantia da qualidade, a estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade de resolução, a normalização dos serviços farmacêuticos, adotando o enfoque sistêmico, através de ações articuladas e sincronizadas, além da coordenação eficiente, do acompanhamento e avaliação contínua das ações.

Objetivo 3.1: Implementar e qualificar a Política e a Gestão da Assistência Farmacêutica no município, com foco no uso racional de medicamentos e na avaliação das demandas dos serviços de saúde.

META
74. Implantar o Sistema HORUS de Gestão da Assistência Farmacêutica, em 100% dos Serviços de Saúde onde exista dispensação de medicamentos.
75. Atualizar a relação municipal de medicamentos (REMUME) a cada 02 anos.
76. Estruturar a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).
77. Implantar na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) sistema de controle de recebimento, armazenamento e distribuição de insumos e medicamentos adquiridos pela SMS, de acordo com a RENAME, possibilitando a sistematização da distribuição regular para 100% das unidades da rede pública municipal e o tratamento dos usuários atendidos, cadastrados e acompanhados.
78. Redefinir a rede de assistência farmacêutica garantindo a presença de farmacêuticos em 100% das Unidades de Saúde onde tenha dispensação de medicamentos, conforme legislação vigente.
79. Instituir o Sistema de Monitoramento com base nos medicamentos traçadores para avaliação do consumo e disponibilidade destes medicamentos na rede municipal de saúde.

3.1.4 DIRETRIZ 4. Garantia do apoio diagnóstico no âmbito do SUS.

A garantia do apoio diagnóstico no âmbito municipal configura-se como uma importante diretriz para a efetivação da longitudinalidade do cuidado e da atenção integral à saúde, por objetivar esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes externos, internos ou de emergência de um serviço de saúde.

A organização dos serviços diagnósticos de forma articulada ao plano terapêutico é imprescindível para assegurar a resolutividade nas redes de atenção, devendo fundamentar-se em alguns aspectos como economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos, considerados como a lógica de uma dinâmica operacional efetiva.

A ordenação da oferta integral de cuidados nas Redes de Atenção à Saúde será fundamentada na definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento municipal e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.

Desse modo, espera-se garantir da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento das patologias associadas ao perfil epidemiológico da população do território, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas, assegurando ainda, oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas.

Com base nessas premissas a SMS/Natal aponta como necessária a reestruturação e a qualificação dessa modalidade de atenção, implantando e/ou implementando os serviços de apoio diagnóstico laboratorial, gráfico e de imagem nas unidades públicas municipais onde estes forem indicados e ainda, estruturando um Centro de Apoio Diagnóstico que sirva de referência para os Distritos Sanitários, todos interligados por sistema informatizado que registre a

oferta dos serviços com acesso regulado, otimizando os recursos existentes de modo a potencializar a capacidade de resposta da rede municipal de atenção à saúde e assegurar ao usuário a realização dos exames e procedimentos necessários para o seu tratamento.

Objetivo 4.1: Implementar e qualificar a assistência laboratorial e centros de apoio diagnóstico nos cinco Distritos Sanitários, potencializando a capacidade de resposta da rede municipal de atenção à saúde.

META
80. Estruturar a rede municipal de apoio diagnóstico laboratorial, por imagem e por gráfico nos cinco Distritos Sanitários, conectada por meio de sistema de gestão informatizado.

3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS
EIXO 2: GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
DO SUS.

EIXO 2: GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO SUS

A gestão estratégica e participativa do SUS é colocada pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal como o segundo eixo para a formulação de metas norteadoras do desenvolvimento das ações de saúde, considerando-se que os conteúdos do trabalho neste campo referem-se ao propósito de alcançar a compreensão da importância dos problemas, desafios e necessidades de saúde para a gestão, de forma interativa.

Portanto, a gestão participativa caracteriza-se como uma estratégia transversal, cujo cerne se encontra focado em resultados, considerando objetivos e metas preestabelecidas, viabilizando a efetivação do controle social, em virtude de envolver diversos atores no processo de condução das possibilidades de resolução e à mobilização de tecnologias social e economicamente mais adequadas para a solução de problemas, baseando-se em padrões técnico-científicos e no alinhamento dos interesses distintos trazidos pelas políticas, seja do âmbito nacional, seja local ou mesmo intraorganizacional.

Para tanto, torna-se imprescindível proceder à identificação dos critérios relacionados à capacidade de impacto desse processo frente aos macro-objetivos, tanto pelo senso comum como pelos profissionais, tendo-se clareza sobre um futuro desejável e possível, demandando o emprego de práticas que fomentem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade, ampliando os espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, para que o acolhimento e o cuidado atendam às expectativas da população, dos profissionais e dos serviços. Assim, propicia-se a construção de consensos, buscando resultados mais significativos e contínuos.

A partir dessas premissas, considera-se que a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem as seguintes linhas estratégicas: o apoio ao controle social e suas instâncias de participação, à educação popular; a mobilização social; à busca da equidade; o fomento ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão permeada pela ética nos serviços públicos de saúde.

3.2.1 DIRETRIZ 5. Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Identifica-se uma clara necessidade de contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores da saúde. Para enfrentar esse desafio, de forma a garantir acesso com qualidade a todos os usuários do sistema, torna-se imperativo o aprofundamento das discussões sobre o rol de medidas educacionais, regulatórias e de gestão do trabalho em saúde, a fim de estabelecer-se programas de valorização profissional.

Contempla-se a necessidade de assegurar os recursos adequados para investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS, desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços de saúde da rede pública municipal e fortalecer o funcionamento da mesa municipal de negociação permanente do SUS em Natal.

A educação permanente se destaca como estratégia potencial para estímulo profissional, elevando, em última análise o padrão de qualidade da atenção. Essa iniciativa deverá ter como foco a formação dos profissionais de nível superior e médio, em conformidade aos princípios do SUS.

Ao lado dos processos de formação, permanecerá como prioridade estratégica a democratização das relações de trabalho e ações para a melhoria das condições de trabalho e valorização dos trabalhadores do SUS. Nesse sentido, serão fortalecidos e ampliados os espaços de negociação das relações de trabalho no SUS no âmbito local.

A Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS (MMNP-SUS), espaço de diálogo entre gestores e trabalhadores do SUS, deverá ser também fortalecida, garantindo sua maior institucionalidade, com reformulação do regimento e de sua composição.

Desse modo, espera-se que a área da gestão do trabalho e da educação em saúde esteja contemplada de forma compatível ao seu elevado grau de complexidade e importância, possibilitando ao sistema municipal de saúde atuar de modo efetivo, eficaz e eficiente no atendimento das necessidades de saúde da população. Investir em pessoas e na forma como se articulam nesse propósito é o foco institucional.

Objetivo 5.1: Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.

META
81. Implantar e implementar a política municipal de educação permanente, contemplando a necessidade de aprimoramento e ampliação dos serviços da rede pública municipal.
82. Qualificar o Conselho Municipal de Saúde de Natal e os Conselhos Gestores Locais e Distritais.
83. Implantar uma residência multiprofissional em saúde.
84. Qualificar a participação social na formulação, gestão e controle social da Política Pública de Saúde.
85. Manter e atualizar em 100% as celebrações dos termos de convênio para estágios entre a SMS e as instituições de ensino.
86. Criar a política municipal de preceptoría no SUS.

Objetivo 5.2: Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS na esfera pública municipal.

META
87. Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculo protegido.
88. Atualizar a lei nº 120/2010 – PCCVS.

Objetivo 5.3: Fortalecer o funcionamento da mesa municipal de negociação permanente do SUS em Natal (MMNP-SUS/NATAL).

META
89. Qualificar 100% dos membros da MMNP-SUS/NATAL e implementar a dinâmica de funcionamento da MMNP-SUS/NATAL, enquanto espaço formal de negociação, com o estabelecimento de dotação orçamentária adequada.

3.2.2 DIRETRIZ 6. Potencialização da Participação e Controle Social, da Educação Popular e da Ouvidoria do SUS.

Ressalta a necessidade de aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão, promovendo a inserção do Conselho Municipal de Saúde no processo de formulação e controle da política pública de saúde, com o exercício do seu caráter deliberativo, a melhoria das condições operacionais e a transparência nas informações da gestão pública.

Desse modo, todos os tipos de práticas e mecanismos relacionados à gestão participativa são considerados fundamentais para o alcance das metas, fortalecendo espaços institucionalizados de controle social (conselhos de saúde e conferências de saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada), processos participativos de gestão (integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS), instâncias de pactuação entre gestores (CIB, CIT e CIR), mecanismos de mobilização social (dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde), processos de educação popular em saúde (desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras), reconstrução do significado da educação em saúde (fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS), e ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersetorialidade).

Isso denota um conceito ampliado de gestão participativa que está estreitamente relacionado com os mecanismos de escuta permanente das opiniões e manifestações da população, valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema, representados pela ouvidoria do SUS no âmbito municipal.

Assim, considera-se que a potencialização da mobilização e do controle social possa ser efetivada mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da equidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão.

Objetivo 6.1: Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças informais e de grupos integrados às atividades coletivas dos serviços de saúde e de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

META
90. Reativar os conselhos gestores locais de saúde em 100% das unidades de saúde da atenção básica e distritos sanitários e em 60% dos serviços especializados.
91. Assegurar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e as ações do controle social

Objetivo 6.2: Fortalecer o Sistema de Ouvidoria do SUS.

META
92. Criar a ouvidoria municipal do SUS, instituindo um núcleo de ouvidoria em cada Distritos Sanitário

Objetivo 6.3: Instituir Políticas Transversais de Atenção à Saúde.

META
93. Implantar e implementar a Política Municipal de Promoção da Equidade em Saúde, com recorte em raça, cor, etnia e sexo.
94. Implantar e implementar a Política Municipal de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS - SMS/Natal.
95. Implantar e implementar a Política Municipal de Educação Popular em Saúde.
96. Elaborar e implantar a política municipal de práticas integrativas e complementares

3.2.3 DIRETRIZ 7. Implementação de novo modelo de gestão, centrados no planejamento integrado, na informação em saúde, na intersectorialidade e na relação interfederativa, com foco em resultados e em um financiamento estável.

Com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, novos desafios surgiram para a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, dentre os quais o planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, instituindo o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Nesse contexto, coloca-se que o processo de planejamento da saúde deve ser ascendente e integrado, ouvido o respectivo Conselho de Saúde, configurando-se como responsabilidade dos entes públicos, sendo desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, direcionando a gestão pública da saúde de acordo com as especificidades do território, as necessidades de saúde da população e a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados.

O presente Plano Municipal de Saúde é resultante do processo de planejamento integrado, constituindo a base para as programações locais, estando o seu financiamento contemplado na proposta orçamentária. Os sistemas de informação em saúde são ferramentas que apoiam essa percepção e orientam a construção de intervenções.

Objetivando lastrear o Plano Municipal de Saúde e suas Programações Anuais de Saúde, os instrumentos de monitoramento/prestação de contas das ações e o Relatório Anual de Gestão, representam instrumentos do planejamento e gestão do SUS, compatibilizados com os instrumentos de planejamento da Administração Pública, quais sejam: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

Destaca-se ainda que o planejamento da saúde integrado implica na discussão permanente da política de saúde e sua execução nas Comissões Intergestores – CIT, CIB e CIR, partindo do reconhecimento da região de saúde como território para a identificação das necessidades de saúde da população, a coordenação interfederativa, a organização das ações e serviços de saúde em redes de atenção e para a alocação dos recursos de custeio e investimentos.

Objetivo 7.1: Promover, instrumentalizar, implementar e qualificar o Processo de Planejamento Integrado no SUS.

META
97. Implementar a dinâmica de planejamento local em 100% dos Distritos Sanitários de Natal, baseada nos princípios da gestão democrática e participativa, estabelecendo-se a diretiva das programações locais e distritais de saúde, com avaliação sistemática e incremento do controle social.
98. Elaborar de forma integrada os instrumentos de gestão e planejamento do SUS, a partir do desenvolvimento de um processo de monitoramento e avaliação propositiva.
99. Elaborar plano operativo para toda a rede de assistência pública, filantrópica e privada no âmbito municipal, contendo metas quantitativas e qualitativas em conformidade com o COAP.

Objetivo 7.2: Implementar e qualificar a Gestão da Informação e Informática.

META
100. Implantar um Sistema de Informação para gestão em Saúde, com módulos gerenciais em áreas estratégicas, interagindo com os sistemas de informações oficiais.
101. Implementar informatização e conectividade em 100% das unidades da SMS Natal.

3.2.4 DIRETRIZ 8: Potencialização da Função Regulatória e dos instrumentos de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

No setor saúde a regulação é caracterizada como uma das funções gestoras do SUS, importante para garantir maior efetividade às políticas desenvolvidas no sistema de saúde.

Regular envolve processos interconexos e o uso de vários instrumentos que busquem assegurar os objetivos sociais dos serviços e ações de saúde. Nesse sentido, a regulação municipal no setor saúde busca sua consolidação como uma prioridade da gestão, sendo organizada de forma articulada com o governo estadual, integrando o Complexo Regulador do RN.

Dentre os diversos instrumentos e mecanismos de regulação assistencial destacam-se: Processo de Diagnóstico Prévio das Necessidades de Saúde da População e de Planejamento/Programação, Regionalização, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Complexos Reguladores, Protocolos Clínicos, Indicadores e Parâmetros Assistenciais, Cartão Nacional de Saúde e Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência.

As funções de Monitoramento e Avaliação (M&A) caracterizam-se como ferramentas em potencial para melhor orientar a tomada de decisão, possibilitando o aprimoramento da qualidade da gestão em saúde. Isto porque o monitoramento corresponde à análise continuada dos sistemas de informação, acompanhando procedimentos, produtos e situações de saúde. Portanto, o monitoramento visa o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias para o gestor verificar se a intervenção está surtindo os efeitos esperados, conforme previsto na planificação, gerando hipóteses plausíveis sobre as diferenças observadas.

O monitoramento é adotado como processo permanente, orientado por objetivos e metas, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de apoio para a qualificação do processo de gestão pública da saúde. Portanto, a gestão do SUS em Natal se consubstancia pelo exercício das funções que prezam pelo

cumprimento de atribuições que compreendem: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); e prestação direta de serviços de saúde.

Para o gestor é fundamental saber que investir no monitoramento requer maior envolvimento de todos que fazem parte da intervenção, tendo em vista a necessidade de se acompanhar a disponibilidade de recursos, a execução das ações previstas e os efeitos mais imediatos (produtos), intermediários (resultados) e finalísticos (impacto). A periodicidade quadrimestral é um dos recortes de tempo adotado para essa finalidade.

Objetivo 8.1: Implementar e qualificar a Central Metropolitana de Regulação, em conformidade com as linhas operacionais do Complexo Regulador.

META	
102.	Estabelecer termo de cogestão do complexo regulatório metropolitano, visando a implementação da política de regulação na região metropolitana de Natal em conformidade com as normas do SUS.

Objetivo 8.2: Organizar a regulação nas redes de atenção à saúde do SUS, de forma interligada ao Complexo Regulado.

META	
103.	Garantir o acesso regulado a 100% dos usuários aos serviços com fluxo definido por classificação de risco e vulnerabilidade.
104.	Regular 100% das Internações de urgência e emergência pelo complexo regulador.
105.	Aumentar em 5% a quantidade de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais públicos localizados no Município.

Objetivo 8.3: Fortalecer o Sistema de Auditoria do SUS.

META	
106.	Realizar auditorias analíticas e operativas, de forma sistemática em 100% da rede municipal de saúde (própria e referenciada) com planejamento integrado à gestão.
107.	Reestruturar o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria – SNA.

Objetivo 8.4: Qualificar e instrumentalizar os mecanismos de Controle e Avaliação do SUS.

META	
108.	Monitorar o fluxo de oferta e demanda dos serviços regulados, garantindo o cumprimento em 100% dos contratos.

3.2.5 DIRETRIZ 9. Modernização da Gestão Administrativa, Orçamentária e Financeira.

As responsabilidades da SMS devem atender a um novo balizamento no campo da sua competência para o alcance das diretrizes apontadas pelo Decreto nº 7.508/2011, requerendo o desencadeamento de processos de modernização que adequem as estruturas e os mecanismos gerenciais à necessidade de torná-los mais ágeis em sua capacidade de resposta às demandas relacionadas à dinâmica funcional do sistema municipal.

Verifica-se a real necessidade de efetivação de um novo ajuste na estrutura organizacional da SMS/Natal, no sentido de torná-la capaz de corresponder às demandas colocadas pelas definições e pelo aprofundamento dos conceitos de regionalização, hierarquização, regiões de saúde e contratos entre os entes públicos (COAP), instrumento criado para estabelecer a relação entre as esferas de governo, possibilitando o atendimento da complexidade que reveste as práticas de saúde no contexto atual.

Desse modo, além da contemplação dos fluxos de autoridade e de regulamentos, é necessário que haja a inclusão nessa linha de aprimoramento dos

fluxos de tramitação intra e interinstitucional, possibilitando a organização do processo de trabalho. Assim, vislumbra-se a precisão de dotar a instituição de setores especializados capazes de responder à complexidade organizacional que reveste a SMS/Natal, enquanto órgão gestor do sistema municipal de saúde, dando conta tanto das atividades operacionais ou finalísticas, como das atividades administrativas ou intermediárias.

Diante disso, constata-se a imprescindibilidade de dotar a organização de saúde de maior flexibilidade, com autonomia de trabalho, descentralização e gestão democrática, buscando-se a configuração de uma organização modular, baseada em equipes, com espaços para o exercício da criatividade, possibilitando a realização de ajustes nas formas de organização do processo de trabalho, com especialização e responsabilização das equipes técnicas pelos problemas a serem enfrentados no âmbito do sistema de saúde e pela definição dos mecanismos capazes de respondê-los.

Objetivo 9.1: Implementar e qualificar a gestão administrativa, de insumos e apoio logístico e de infraestrutura.

META	
109.	Qualificar a gestão administrativa da SMS
110.	Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde.
111.	Suprir regularmente 100% das unidades de saúde da SMS Natal com os insumos necessários para o seu funcionamento.
112.	Renovar os equipamentos médico-hospitalares danificados e obsoletos de 100% das unidades de saúde e adquirir equipamentos para s novas unidades.
113.	Realizar manutenção preventiva e corretiva regular de 100% dos equipamentos médico-hospitalares e das estruturas físicas da rede pública municipal de serviços de saúde.
114.	Estruturar rede de esterilização para atendimento de 100% da demanda das unidades municipais de saúde.
115.	Cumprir 75% da Pactuação Anual de Obras (construções, reformas e ampliações) da Secretaria Municipal de Saúde atendendo as necessidades de adequação e organização da rede.

Objetivo 9.2: Implementar e qualificar a gestão orçamentária e financeira.

META
116. Implantar um projeto de gestão de qualidade amparado nos seguintes componentes básicos: gestão sócio- ambiental (racionalização de recursos e gerenciamento de resíduos), modernização tecnogerencial e qualidade de vida no ambiente de trabalho.
117. Qualificar o processo de execução orçamentária e financeira em quatro componentes básicos: tecnológico, expertise técnica, comunicação dialógica e inovações de métodos e fluxo de trabalho.
118. Manter, no mínimo, 80% de execução orçamentária e financeira dos exercícios anuais visando o equilíbrio entre receita e despesa em sua totalidade.
119. Estruturar um sistema de apuração de custo instrumentalizando a gestão do SUS no uso racional de recursos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (M&A)

A construção de cenários favoráveis aos propósitos aqui delineados dependem de processos contínuos de verificação de seu alcance, como também de sua factibilidade. É imprescindível para a Gestão assumir os controles dos recursos e demais condições que possibilitem a transformação da realidade que se pretende alcançar.

Uma estratégia viável é a instituição de práticas estruturadas de Monitoramento e Avaliação (M&A) das ações que sejam concomitantes com a formulação das intenções, compreendendo ser parte integrante da planificação, superando visões da ortodoxia dos métodos intitulados de “tradicionais” do planejamento organizacional, quando associavam o ato de avaliar como etapa final da execução de planos e projetos.

Para melhor compreensão do comentário acima quanto à necessidade de outras vertentes para o planejamento em saúde, cabe examinar o conceito apresentado por Contrandriopoulos (1997, p. 31) no qual “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Dessa forma, avaliar assume uma característica, sinteticamente explanando, de medir aquilo que está sendo efetuado tendo como referencial o que se visualiza enquanto imagem-objetiva. Porém, parece simples conceitualizar algo que possui uma variedade de explicações e interpretações, o que de fato não é. Entretanto, delimita-se a ideia do autor acima como norteadora do trabalho que se pretende desenvolver.

Compreendendo o enfoque programático das ações do PMS, desdobrando objetivos, diretrizes e metas com distribuição em períodos temporais definidos, tem-se ainda, a incorporação de recursos e responsabilidades que precisam estar definidos em instrumentos mais específicos e detalhados, neste caso, a Programação Anual de Saúde (PAS) e nos orçamentos anuais assinalados nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA) e nos respectivos Quadros de Detalhamento das Despesas (QDD) de cada anualidade.

Em sintonia com o conceito apresentado, o julgamento do alcance das proposições é algo que não pode ser desconsiderado para reprogramações e ajustes. Em outras palavras, o PMS se torna operacional com a PAS aplicada a cada exercício anual, sendo ambos os instrumentos sujeitos a análises e considerações sistematizadas, amparadas em métodos e períodos delimitados apoiando as decisões da gestão.

Além dos resultados pretendidos declarados no PMS, estão ainda no foco da aferição, os processos empreendidos para concretização dos produtos e o alcance das metas finalísticas. Neste caso, tem-se no Monitoramento, uma estratégia singular para percepção quanto as escolhas efetuadas, inclusive no quesito de estabelecer uma correlação entre as trajetórias e insumos mobilizados para tal fim, concatenando com a viabilidade dessa construção coletiva e plural.

Referente a essa concepção, monitorar pode ser algo que guarda relação com o desenvolvimento de atividade necessariamente corriqueira no conjunto das atribuições da equipe gestora, pois é possível entender sua funcionalidade como:

[...] um processo sistemático e contínuo que produz informações sintéticas em tempo eficaz, permitindo uma rápida avaliação situacional, propiciando uma intervenção oportuna. Pode ser entendido como uma ação que permite a observação, a medição e a avaliação contínua de um processo ou fenômeno (GARCIA, 2001 *apud* CARVALHO *et. al.*, 2012, p. 905).

Na mesma linha de raciocínio, ensinam Carvalho e colaboradores (2012, p. 905):

O monitoramento é fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, tanto para o processo de implementação de um programa, isto é, para o acompanhamento de seu desempenho operacional, como para seu desempenho finalístico.

Depreende-se assim que o acompanhamento sistematizado das ações e suas respectivas metas, até mesmo os diversos recursos empregados, constituem o foco do M&A, devendo ser adotado pela equipe de gestão/gerência, instrumentos ou mecanismos que possam alimentar a visão crítica de todo o processo, bem como,

ofereçam retroalimentação para as ações diuturnas, uma vez que, são continuadas no tempo e não podem sofrer interrupções traumáticas.

Em consonância com a Lei Complementar nº 141/2012, a transparência do setor saúde deve estar assinalada em processos que configurem visibilidade ampla, apoiando também o controle externo, pelos organismos de controle social e por órgãos encarregados dessa comenda. Encontra-se aí também um viés de M&A, voltado para olhares e condutas criteriosas por espaços legalmente instituídos na sociedade e legitimados ao longo da consolidação do SUS. Considere-se o alinhamento desse dispositivo legal com outras leis que tratam de sanções penais e administrativas.

Clarificando essa importante iniciativa de M&A, a LC 141 traz a contribuição esquemática da forma como deve ser operada essa transparência, explicitando do art. 30 ao 42 como deve ser cumprido o processo de planejamento, monitoramento, controle, avaliação e auditoria dos subsistemas de saúde em suas esferas administrativas.

Especialmente nos artigos 31 ao 36 são apregoados os mecanismos de prestação de contas, com temporalidade quadrimestral para o monitoramento e anual para a avaliação geral do cumprimento de cada PAS que compõe o PMS quadrienal. Fundamentalmente, tem-se dois elementos básicos: o Relatório Anual de Gestão (RAG) e os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA).

No monitoramento há ainda que se considerar que a própria Carta Magna e Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000) consagram transparência em caráter bimestral, com foco na publicação dos relatórios resumidos de execução orçamentária e financeira (RREO) que acompanham os encaixes financeiros (receitas) e dispêndios por fonte e tipologia de gastos (despesas) nas ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Os indicadores de saúde também são monitorizáveis através de exercícios durante a rotina de trabalho da gestão, quando no momento da apresentação do RDQA e por fim no RAG. Esses indicadores expressam uma leitura comparativa entre as metas programadas e aquelas efetivamente executadas, assumindo uma dialogia entre os instrumentos considerados tipicamente de planejamento (PMS,

PAS, LDO, LOA) com aqueles que dão conta da execução programática do setor (RDQA, RREO, RAG).

Santos (2012) afirma que de acordo com o vasto compêndio legal que rege o setor sanitário, é preciso profunda conexão com os meandros delineados pelos dispositivos jurídicos da atualidade, em especial o Decreto nº 7.508/2011 e alterações que vem sendo promovidas na Lei Orgânica do SUS, dentre outros atos normativos vigentes. Corrobora a importância dos espaços colegiados de negociação e pactuação (comissões intergestoras) assim como os de controle social (conselhos de saúde).

O desafio está posto em dinamizar o processo de trabalho de modo que cada colaborador (profissional, gerente, gestor, conselheiro, dentre outros) se integre numa perspectiva de dar materialidade às propostas construídas e aprovadas, zelando para que estejam no nível aceitável e consoante ao que foi pactuado entre os atores sócio-políticos.

VIABILIDADE E SUSTENTABILIDADE

Declaradas as intenções da gestão neste instrumento de planificação e definidos seus desdobramentos noutros esforços, destacando aqui, a formulação de programações anuais (PAS) e exercício do monitoramento e avaliação (RDQA e RAG) é fundamental construir cenários de viabilidade em todos os momentos dessa atitude estratégica.

As considerações tecidas apontam para a sustentabilidade do plano e sua carta de intenções com base no seu atrelamento aos instrumentos da gestão pública, sobretudo o plano plurianual, além das leis de diretrizes orçamentárias e leis orçamentárias anuais.

Nesse contexto, não se pode desconsiderar os fenômenos incidentes sobre a proposição declarada nesses instrumentos, razão pela qual se deve associar e construir uma teia de imbricadas conexões entre atores sociais detentores de recursos e suas respectivas potencialidades na oferta de resposta rápida e eficaz.

Em se tratando dos recursos materiais (insumos, instrumentais, equipamentos e material permanente) e financeiros, mecanismos precisam ser adotados para a efetiva aplicação no contexto programático. O ciclo do planejamento na esfera pública, com base na legislação vigente, sugere o alinhamento entre instrumentos e processos, neste caso, os Planos Plurianuais (PPA) com as veias alimentadoras de recursos, indicadas nas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e consignadas nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA).

Tem-se enquanto fundamental o alinhamento entre as proposições aqui assinaladas com as metas gerenciais e fiscais da Administração Municipal, criando e estimulando oportunidades de que essas ações tenham cobertura orçamentária e financeira devida para sua concretização.

A temporalidade prevista na legislação pertinente, exige a harmonização entre os instrumentos dentro e fora da especificidade do SUS, sinalizando a necessidade de buscar sua concretude no complexo jogo de forças do cotidiano e das relações de âmbito político-estratégico que oportunizem a alocação dos recursos. Esses recursos são oriundos de fontes diversas, sendo as mais proeminentes a transferência federal, mediante incentivos regulares e automáticos e propostas de inserção às condições identificadas como contingenciais e emergentes para o sistema local. A fonte local se constitui como imprescindível para a materialização desses propósitos.

Prevendo a factibilidade do PMS no quadriênio de referência, tem-se no PPA 2014 a 2017 o elemento-chave para viabilidade orçamentária e financeira das metas propostas na macroalocação. Apresenta-se como dificuldade para esse equilíbrio o fato que nem sempre as agendas e calendários se alinham no tempo necessário, considerando a realidade e situação distinta entre as esferas. Também é preciso considerar que o cronograma entre os entes federal e estadual não se conectam na mesma temporalidade da esfera municipal, em decorrência do cumprimento legal (art. 165 da CF 88).

A despeito dessas inconsistências, há a possibilidade de diminuir essas distorções, assumindo um caráter de correspondência entre as proposições e metas do PPA em consonância com o que está assinalado na política nacional de saúde que norteia a formulação local do PMS e PAS. Cada detalhamento contido na PAS deriva também de outro instrumento genérico para a gestão local, neste caso, a LDO e LOA.

Considere-se ainda que, há obrigatoriedade legal do PPA, LDO e LOA serem aprovados na esfera legislativa, resguardada a competência dos organismos de controle social em sua prévia análise e aprovação, atribuindo a esses instrumentos governamentais, um caráter de visível dimensão política e detentor de aspecto mais complexo no quesito das sanções que lhe são características aos membros do executivo.

Em se tratando do PMS e PAS, não há obrigatoriedade por força de lei que sejam submetidos à apreciação do Poder Legislativo, no entanto, deve existir a coerência na gestão das iniciativas e recursos para a política de saúde em Natal, bem como as recomendações advindas do Sistema Nacional de Planejamento do SUS, condicionam a utilizar um postulado de correspondência entre os instrumentos da gestão pública e aqueles típicos do setor sanitário. Integrar PMS e PAS é um grandes desafios para a concretude das propostas.

Outra preocupação quanto à concretude das proposições locais é a sua harmonização com a Política Nacional, tomando-se como referencial as diretrizes emanadas de importantes formulações de caráter abrangente para todo o território brasileiro. Destaca-se assim, com amparo no Decreto nº 7.508/2011 que define as competências no âmbito do SUS em todo o país, que todos os gestores devem guardar estreita vinculação com o que preconiza o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde – COAP e seus dispositivos normativos, tratando de direcionalidade matricial.

Quadro 8: Correspondência entre diretrizes e objetivos do PNS/PPA Federal 2012-2015, COAP e PMS/PPA 2014-2017

DIRETRIZES PNS 2012 A 2015	DIRETRIZES DO COAP	DIRETRIZES PPA FEDERAL	DIRETRIZES PMS 2014-2017
<p>diretriz 1 – garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.</p> <p>diretriz 2 – aprimoramento da rede de atenção às urgências, com expansão e adequação de unidades de pronto atendimento (UPA), de serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.</p> <p>diretriz 3 – promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “rede cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.</p> <p>diretriz 4 – fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.</p> <p>diretriz 5 – garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.</p> <p>diretriz 6 – implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.</p> <p>diretriz 7 – redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</p> <p>diretriz 8 – garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.</p> <p>diretriz 9 – aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.</p> <p>diretriz 10 – fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e SUSstável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.</p>	<p>diretriz 1 – garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.</p> <p>diretriz 2 – aprimoramento da rede de atenção às urgências, com expansão e adequação de unidades de pronto atendimento (upa), de serviços de atendimento móvel de urgência (samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.</p> <p>diretriz 3 – promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “rede cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.</p> <p>diretriz 4 – fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.</p> <p>diretriz 5 – garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.</p> <p>diretriz 6 – implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.</p> <p>diretriz 7 – redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</p> <p>diretriz 8 – garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.</p> <p>diretriz 11 – contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.</p> <p>diretriz 12 – implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.</p> <p>diretriz 13 – qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</p>	<p>Programa: 2015 - aperfeiçoamento do sistema único de saúde (SUS)</p> <p>objetivo: 0713 - garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.</p> <p>objetivo: 0714 - reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</p> <p>objetivo: 0715 - promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a rede cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.</p> <p>objetivo: 0717 - aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de upas, samu, ps e centrais de regulação, articulando-a com as outras redes de atenção.</p> <p>objetivo: 0718 - fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência do crack e outras drogas.</p> <p>objetivo: 0721 - contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.</p> <p>objetivo: 0724 - implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.</p> <p>objetivo: 0725 - qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</p> <p>objetivo: 0726 - garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS.</p> <p>objetivo: 0727 - fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e SUSstável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde.</p>	<p>eixo 1 - qualificação da atenção integral à saúde</p> <p>Assistência farmacêutica com apoio profilático e terapêutico</p> <p>Assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade do SUS</p> <p>Construção de unidades básicas de saúde</p> <p>Desenvolvimento das ações da política de vigilância e promoção da saúde</p> <p>Estruturação da central de abastecimento farmacêutico (CAF)</p> <p>Estruturação da rede física dos serviços de atenção especializada</p> <p>Estruturação de ações descentralizadas para operacionalização das vigilância epidemiológica e a</p> <p>Expansão e consolidação da estratégia saúde da família - ESF</p> <p>Fortalecimento da rede hospitalar</p> <p>Fortalecimento da rede de saúde mental</p> <p>Fortalecimento da gestão descentralizada das ações de vigilância sanitária nos distritos sanitário</p> <p>Fortalecimento da rede de atenção especializada de urgências</p> <p>Fortalecimento da rede de atenção especializada de saúde bucal</p> <p>Fortalecimento da vigilância em saúde das zoonoses e controle de doenças transmitidas por vetor</p> <p>Fortalecimento do serviço móvel de urgência e emergência - SAMU natal 192</p> <p>Fortalecimento, modernização e manutenção da rede de atenção básica</p> <p>Implantação do laboratório municipal de saúde pública de natal - lacem</p> <p>Implantação e implementação de ações estratégicas para fortalecimento do SUS</p>

DIRETRIZES PNS 2012 A 2015	DIRETRIZES DO COAP	DIRETRIZES PPA FEDERAL	DIRETRIZES PMS 2014-2017
<p>diretriz 11 – contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.</p> <p>diretriz 12 – implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.</p> <p>diretriz 13 – qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</p> <p>diretriz 14 – promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da política externa brasileira. incorpora-se 2 diretrizes transversais que fazem interface com este plano nacional de saúde:</p> <p>a) implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no programa de aceleração do crescimento.</p>		<p>objetivo: 0728 - aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar articulando a relação público – privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde.</p> <p>objetivo: 0729 - promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da política externa brasileira.</p>	<p>Implementação da política de saúde do trabalhador</p> <p>Implementação da rede de atenção à pessoa com deficiência</p> <p>Implementação da rede de atenção à saúde materno-infantil</p> <p>Implementação das ações de vigilância ambiental em saúde</p> <p>Implementação das ações do programa municipal de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis</p> <p>Operacionalização das ações de gerenciamento de risco no âmbito da vigilância sanitária</p> <p>Programa de combate às intolerâncias e alergias alimentares e suporte às ações relacionadas à</p> <p>Qualificação das ações e serviços da atenção básica</p> <p><u>Eixo 2 - fortalecimento da gestão do SUS</u></p> <p>Fortalecimento do controle social no SUS</p> <p>Implementação da política de tecnologia da informação em saúde</p> <p>Implementação do complexo regulador do SUS</p> <p>Modernização administrativa da gestão do SUS</p> <p>Qualificação das práticas de trabalho e formação dos profissionais do SUS em Natal</p>

Em se tratando do PPA Municipal para a mesma temporalidade quadrienal do PMS, as suas ações estão agrupadas no programa VIDA SAUDÁVEL, aprovado no plenário legislativo de acordo com a lei 6.433, de 17 de janeiro de 2014. O referido programa integra um eixo do PPA intitulado de DESENVOLVIMENTO HUMANO E CIDADANIA, reunindo ações das pastas da saúde, educação e assistência social, em especial.

Examinando o consolidado dessas ações, percebe-se sua dimensão ampliada e alocação de recursos, sendo o eixo do Desenvolvimento Humano e Cidadania aquela que adensa mais valores monetários da fonte local, obtendo a segunda colocação quando totalizadas todas as somas.

Quadro 9: Consolidado dos eixos do PPA Natal 2014 a 2017 (em R\$ 1.000,00)

Eixo	Municipal	Estadual	Operações de Crédito	Federal	Parcerias	Diretamente Arrecadado	Total
Desenvolvimento Econômico sustentável	170.996	700	0	112.583	22.238	0	306.517
Desenvolvimento Humano e Cidadania	731.467	154.940	11.000	1.194.185	57.349	620	2.149.561
Desenvolvimento Regional	980	0	0	0	0	0	980
Desenvolvimento sócio espacial	686.792	0	243.000	1.188.334	43.205	1.300	2.162.631
Gestão Democrática da cidade	176.651	20	78.050	17.997	92.107	3.070	367.895
Total geral	1.766.886	155.660	332.050	2.513.099	214.899	4.990	4.987.584

O processo de elaboração do PMS 2014 a 2017 tomou como ponto de partida a avaliação prévia da execução do PPA e do PMS do quadriênio anterior (2010 a 2013), adotando formato de encontros que reuniu equipe técnica de âmbito local (serviços de saúde/gerência distrital) e central (sede da SMS), contando também com representação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), para aferir resultados e propor realinhamentos pra temporalidade futura.

As reuniões temáticas, enquanto critério de capilaridade e necessária viabilidade, desenvolveram-se em formatos de rodas de discussão e plenárias de validação de propostas, permitindo além da ampliação do conhecimento das políticas, a indispensável adesão dos técnicos e sociedade representada pelo CMS. Assim, o PPA e PMS tem em comum o mesmo esteio e se concretizam com base nos recursos discriminados a seguir.

Quadro 10: Valores orçados para ações do PPA Natal 2014 a 2017 no Programa Vida Saudável.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COM APOIO PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal					
Estadual	1976	2000	2025	2049	8050
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	4272	4323	4375	4428	17398
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	8224	8323	8425	8526	33498
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DO SUS EM NATAL	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	24000	25000	26000	27000	102000
Estadual	28800	31680	34878	38332	133690
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	104279	109613	115213	121094	450199
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	157079	166293	176091	186426	685889
CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	1600	211	79	0	1890
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	3200	5272	1977	0	10449
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	4800	5483	2056	0	12339
DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	36	18	0	0	54
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	1044	929	773	779	3525
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	1080	947	773	779	3579
ESTRUTURAÇÃO DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	240	0	0	240
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	0	6000	0	0	6000
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	0	6240	0	0	6240
ESTRUTURAÇÃO DA REDE FÍSICA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	1900	1900	800	720	5320
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	9000	9800	8900	6400	34100
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	10900	11700	9700	7120	39420

ESTRUTURAÇÃO DE AÇÕES DESCENTRALIZADAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DAS VIGILÂNCIAS EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	641	641	641	641	2564
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	897	919	930	941	3687
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	1538	1560	1571	1582	6251
EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	0	0	0
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	29424	39171	44185	44869	157649
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	29424	39171	44185	44869	157649
FORTEALECIMENTO DA REDE HOSPITALAR	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	400	400	800
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	14000	14000	28000
Federal	0	0	0	0	0
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	0	0	14400	14400	28800
FORTEALECIMENTO DA REDE DE SAÚDE MENTAL	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	0	0	0
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	6107	6469	6469	6468	25513
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	6107	6469	6469	6468	25513
FORTEALECIMENTO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS DIST. SANITÁRIOS	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	0	0	0
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	149	152	154	156	611
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	149	152	154	156	611
FORTEALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE URGÊNCIAS	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	2400	2400	4200	4200	13200
Estadual	2400	2400	4200	4200	13200
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	5400	9400	9000	9000	32800
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	10200	14200	17400	17400	59200
FORTEALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	0	0	0
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	714	801	726	726	2967
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	714	801	726	726	2967

FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DAS ZOOSE E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETOR	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	2245	2245	2245	2245	8980
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	2467	2527	2557	2588	10139
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	4712	4772	4802	4833	19119
FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	50000	50000	50000	50000	200000
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	182000	182000	182000	182000	728000
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	232000	232000	232000	232000	928000
FORTALECIMENTO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SAMU NATAL 192	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	0	0	0
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	7034	7034	7034	7034	28136
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	7034	7034	7034	7034	28136
FORTALECIMENTO, MODERNIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	528	200	200	200	1128
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	21950	2000	2300	2500	28750
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	22478	2200	2500	2700	29878
IMPLANTAÇÃO DO LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE NATAL - LACEM	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	151	174	200	230	755
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	330	336	340	345	1351
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	481	510	540	575	2106
IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA FORTALECIMENTO DO SUS	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	0	0	0
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	100	100	100	100	400
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	100	100	100	100	400
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	0	0	0
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	324	324	324	324	1296
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	324	324	324	324	1296

IMPLEMENTAÇÃO DA POLITICA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	200	200	200	200	800
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	200	200	200	200	800
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	400	400	400	400	1600
IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	0	0	0
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	19908	28716	17616	17616	83856
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	19908	28716	17616	17616	83856
IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	56	0	0	0	56
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	6320	5620	5620	5620	23180
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	6376	5620	5620	5620	23236
IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	321	321	321	321	1284
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	485	459	465	471	1880
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	806	780	786	792	3164
IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MUNICIPAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRASM.	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	0	0	0
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	700	700	700	700	2800
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	700	700	700	700	2800
IMPLEMENTAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR DO SUS	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	0	0	0
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	250	150	100	100	600
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	250	150	100	100	600
MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DA GESTÃO DO SUS	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	500	500	200	200	1400
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	200	200	100	100	600
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	700	700	300	300	2000

OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE GERENCIAMENTO DE RISCO NO ÂMBITO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	321	321	321	321	1284
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	484	459	465	471	1879
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	805	780	786	792	3163
PROGRAMA DE COMBATE ÀS INTOLERÂNCIAS E ALERGIAS ALIMENTARES E SUPORTE ÀS AÇÕES RELACIONADAS À POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	2450	2695	3164	3480	11789
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	1160	1270	1391	1524	5345
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	3610	3965	4555	5004	17134
QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	0	0	0
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	3670	4845	5808	5840	20163
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	3670	4845	5808	5840	20163
QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE TRABALHO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO SUS EM NATAL	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Municipal	0	0	0	0	0
Estadual	0	0	0	0	0
Operação de Crédito	0	0	0	0	0
Federal	550	550	550	550	2200
Parceria	0	0	0	0	0
Diretamente Arrecadado	0	0	0	0	0
TOTAL POR AÇÃO:	550	550	550	550	2200
TOTAL POR PROGRAMA (VIDA SAUDÁVEL):	535119	555485	566471	573732	2200

FONTE: PMN/SEMPA – PPA 2014 a 2017. Lei nº 6.433 de 17 de janeiro de 2014.

Com esteio no componente orçamentário-financeiro e nas metas físicas que justificam o desenvolvimento das ações, há reforço de credulidade para conferir materialidade à política municipal de saúde. Há que se considerar que o acompanhamento frequente das diretrizes, objetivos e metas do PMS, articulado ao PPA, provoca a extrema necessidade de adotar mecanismos de monitoramento e avaliação para efetuar os ajustes ao longo do quadriênio.

Há ainda, que se imprimir um caráter de “inteligência sanitária” que promove a dialogia entre as áreas do saber técnico que se apoia na lógica da gestão do cuidado amparada na Saúde Coletiva e nos conhecimentos e tecnologias disponíveis para gestão administrativa e financeira, renovando e dinamizando articulação entre teoria e práxis.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto compilado até a Emenda nº 74 de 06/08/2013. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/>>. Acesso em 19 Ago2013.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em 19 Ago2013.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em 19 Ago 2013.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CONTRANDIOPOULOS, A. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In:HARTZ, Z. M. A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-48.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. Belo Horizonte: Psicologia em Revista, v. 18, n. 1, abr. 2012.

CARVALHO, A., *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 17(4):901-911, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a12>> Acesso em 19 Ago 2013.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização das redes regionais de atenção à saúde no Brasil. São Paulo: Saúde e Sociedade, v. 20, n. 4, 2011.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z & ALMEIDA FILHO. Epidemiologia & Saúde, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 473-487.

PESSÔA, L. R. (org.) *et. al.* Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro, Ensp, 2011.

ANEXO 1. LISTA DE PARTICIPANTES

OFICINA DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

DISTRITO NORTE 1

NOME
Claudete Trindade
Edna Maria Pinheiro
Elvira Maranhão de Freitas
Erelena Pereira da Silva
Francisco Edivo N. Lima Filho
Genilce Maria Maciel de Almeida
Hilberto Torres
Iris Alves da Silva
Ivonaide Matias Xavier A. Paiva
Janete Lúcia de Souza
Jeomar Iuris de Brito Xavier
Maria de Fátima Barbosa
Maria Raquel Costa Menezes
Marilda Rodrigues do Nascimento
Radimilla Paiva C. Silva
Silvana Mendonça Vaz Salha
Walter da Silva Angra

DISTRITO SUL

NOME
Amaro Nicolau da Silva
Antonia Iara da Silva
Áurea Emilia da Silva Pinto
Djailson José Suassuna Farias
Djenane de A. Fontoura
Edna de Paiva Pereira
Elida Maria Fernandes
Emanoel Inácio da Silva
Eugenio Batista Rangel
Ezilda Medeiros
Fernanda Karla F. Amorim
Hermany F. Dantas
Kátia Suely dos Spinelli
Leda Maria S. M. de Almeida
Margarida Cabral Tinoco Souza
Maria Cristiana da Souto
Marisa Mara Magaly Lima
Miraci Teixeira da Costa
Raquel Maria da Costa
Sandra M. A. S.
Tarcisio Ferreira de Menezes
Tércio Francisco das Chagas Costa
Terezinha Silva de Barros

DISTRITO NORTE 2

NOME
Albanita Ramalho
Aldair Enízia Bezerra da Silva
Alessandra Brito da Silva
Ana Paula Queiroz da Silva
João Luiz Câmara da Silva
Joaquim de Santana
Juvanilda Figueiredo Pereira
Lindinalva Barbosa
Lucélia Herculano dos Santos
Maria Alaíde de Oliveira
Maria Ednalva de Melo
Marlene Santana de Oliveira
Robson Luiz Gomes
Ruth Oliveira da Silva
Zenaide Borges de Góis

LISTA DE PARTICIPANTES

OFICINA DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

DISTRITO LESTE

NOME
Agar Alexandre da Silva
Agilson F. Nascimento
Ana Celi da Costa
Ana Lúcia Curioso
Antônia Lucas dos Santos
Carlos Alberto S. da Silva
Célia Maria Barbosa Freitas
Edna Costa B. B. Cavalcanti
Eduardo B. Dantas
Eleine de A. Bezerra Coe
Gilda Valença Massud
Joelza Agra dos Santos
Josefa Ofélia Dantas de Medeiros
Lenilda Coelho Silva
Liene Maria de Medeiros
Lucélio Bezerra Oliveira
Márcia Alves Chaves
Maria Apretti de A. Batista
Maria da Conceição Queiroz
Maria das Dores de Souza dos Santos
Maria das Graças Carmo Ferreira
Maria das Graças Dias
Maria de Fátima Furtado M. Viana
Mozanita da Rocha Bezerra
Neide Moreira T. de Almeida
Nelma Santos
Orlando B. Silva
Régia Maria Botelho
Rita de Cássia Paiva
Rosani Fernandes Costa
Roselma Marinho de Souza
Simone Macedo de Araújo
Suzana Ribeiro Bezerra

DISTRITO OESTE

NOME
Alba Cristina C. Alves
Ana Karla Sousa da Kosta
Ana Paula Maia
Anaílde da Silva Neto
Célia Lima do Nascimento
Cristiane Letice B. Silva de Azevedo
Fabiana Monteiro da Silva Pereira
Francisca Rego Oliveira Araujo
Francisco Emanuel Soares Gomes
Jaira Isa Bezerra Montello
João Maria Eufázio
Jose Adriano de Souza
Joselinda B. Da Silva M. de Lima
Joyce Custódio de Andrade
Kerginaldo Rocha da Silva
Leila M. Antunes de Paula
Lucia Virginia Souto
Luis Carlos Bezerra
Luis Monteiro Melo
Luzineide de S. F. Rafael
Maria de Fátima de Assis
Maria de Fátima Souza
Maria do Céu de Lima
Maria Isaura Silva
Maria Verzutti
Petrônio Alves da Silva
Ridete Alves Mateus Faustino
Sonia M. do N. Ferreira
Suami Bezerra
Tânia de Araujo Lima

LISTA DE PARTICIPANTES

OFICINA DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

NIVEL CENTRAL

NOME
Adriana Carvalho Bonifacio de Trindade
Aila Araujo
Alessandra de M. Tavares
Ana de Castro Magalhães
Ana Maria dos S. Teixeira
Andrea Patrícia Brenha Pinho
Carlos Magno de Oliveira
Cipriano Maia de Vasconcelos
Clarice de León
Daniela Rocha de Aquino Neto
Diego Felipe Coelho Pereira
Edda Christina Barbalho da Silva
Emilia Margareth de Melo Silva
Francisca Valda da Silva
Graco Dorneles Cunha Junior
Haroldo Melo do Vale
Ilza Carla Ribas Bernardes
Ion Gracia M. de Andrade
Isabel Cristina Lima
Iza Cristina Leal Bezerra Amaral
Janaina Chaves Camará
Jessica de Souza Sales
Joana Darc Leite
João Artur Santa Cruz
João Bezerra de Medeiros
José Kleber Diniz
Josefa Zilu Bezerra
Juliane Lourentino
Kátia Maria Queiroz Correia
Kleiber Rodrigues de Mendonça
Leonardo Rodrigues
Linete Cunha de Souza Maia
Lívia Maria Martins da Silva
Márcia Cunha da Silva Pellense
Márcia Maria Alves de Macedo
Marcilio Pereira Xavier
Marco Antonio de Azevedo Oliveira
Maria Auxiliadora Soares de Lima
Maria da Conceição da Paz Silva

NOME
Maria das Graças Amorim Pessoa
Maria do Carmo Alves Martins
Maria do Carmo F. Queiroz
Maria Valeria Bezerra
Mariza Sandra de Souza Araújo
Marliete Fernandes Duarte
Miranice Nunes Crives dos Santos
Monica N. de Miranda Collier
Rafael P. T. de Lima
Roberval Edson Pinheiro
Ronaldo Bezerra C. Machado
Rosineide A. Bezerril
Semirames Dantas
Sidneide F. De Souza
Soraya Mendes Guimarães
Tânia Maria B. Da Silva
Wanessa A. de Lucena

ESTAGIÁRIOS

NOME
Alanny Ferreira Moutinho
Aline Patrícia dos Santos Bezerra
Andriério Lopes Pereira Sobrinho
Bárbara de Oliveira Melo
Camila Carla Maia de Macedo
Déborah Carolinne do Nascimento Câmara
Diego Vasconcelos Ramos
Douglas Ferreira Enedino Albino
Edleuza Cris Silva Tomaz
Fernanda Silva Galvão
Helânne Guerra Pereira
Jussara Lisboa Viana
Mario Henrique Felipe
Nathália Hanany Silva de Oliveira
Rayla Rainara Lourenço
Renata Fonseca Souza de Oliveira
Roseane Lopes de Araújo
Thiago Emmanuel Araújo

LISTA DE PARTICIPANTES

OFICINA DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

OUTRAS INSTITUIÇÕES

NOME
Ana Tereza Barreto
Candice Maria Macedo da Silva
Daisy Leila O. de A. Guilhermino
Ilívia Silva de F. Galvão
Jose Gilderlei Soares
Patricia E. de Paula Souza
Shirley Silva de Souza Cruz
Terezinha Guedes Rego Oliveira
Udymar Pessoa Dantas Cardoso



PREFEITURA DO
NATAL
A NOSSA CIDADE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)