



*Plano Municipal  
de Saúde de Natal*

2006  
2009

**PREFEITO**

Carlos Eduardo Nunes Alves

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Maria Aparecida de França Gomes

**SECRETÁRIO ADJUNTO DE PLANEJAMENTO E PROMOÇÃO À SAÚDE**

Edmilson de Albuquerque Júnior

**SECRETÁRIA ADJUNTA DE OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

Mariza Sandra de Souza Araújo

**CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

Terezinha Guedes Rego de Oliveira

**EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

Ana Tereza Barreto Torres

Albert Einstein M. S. dos Santos

Maria do Carmo Fernandes Queiroz

Clotildes Macedo

Herbene Florêncio

Maria Auxiliadora Soares de Lima

Maria das Graças Dias

Maria das Graças Pessoa

Marilene Cardoso da Silva

Mary Lúcia Bruno da Mota

Roberval Edson Pinheiro de Lima

Rosires Magali Bezerra de Barros

Terezinha Guedes Rego de Oliveira

**CONSULTOR**

Olinto de Medeiros Rocha (*In memoriam*)

**ESTAGIÁRIOS**

Daniel Ferreira de Melo

Francisco Eduardo da Rocha Gomes

Laryssa Tayane de Carvalho Rocha

**COLABORAÇÃO**

Representantes do Conselho Municipal de Saúde

Representantes dos Departamentos

Representantes dos Distritos Sanitários

Representantes das Unidades Municipais de Saúde

**CATALOGAÇÃO**

Normalize – M.L.L. de Sales Cabral - Fone: (84) 3231-8492

**CAPA, PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO**

Plena Comunicação

**Contato:** sms@natal.rn.gov.br

**Tiragem:** 1ª Edição - 2006 - 500 exemplares

**Impresso no Brasil / Pinteado in Brazil**

---

Catalogação na Fonte - Normalize

---

Natal. Secretaria Municipal de Saúde.

Plano municipal de saúde: 2006-2009 / Secretaria Municipal de Saúde de Natal. – Natal, RN, 2006.

114 p.

1. Saúde Pública – Natal (RN). 2. Política de Saúde – Natal (RN). I. Título.

CDU 614 (813.2 Natal)

CDD 354.810077

Normalize 08/2006

---

## APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde aqui apresentado é resultante do exercício democrático na formulação das políticas públicas. Atuará como instrumento de trabalho de referência para a gestão da saúde no município do Natal, no quadriênio 2006-2009, permitindo a adoção de estratégias de intervenções intersetoriais, capazes de modificar a realidade sanitária/epidemiológica indesejável, ao mesmo tempo envolvendo um maior número de atores na busca da melhoria e qualidade de vida, nos níveis de saúde e no apoio ao desenvolvimento social da população, alvo final de todos os esforços.

Mais do que o cumprimento das exigências formais previstas nas leis 8.080/90 e 8.142/90, o Plano concretiza o compromisso do gestor na consolidação do SUS. Trata-se de um trabalho conjunto de profissionais, usuários e dirigentes do SUS, cujo resultado é a interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade.

A conformação do Plano, decorrente de vários eventos específicos, teve como referencial básico o Plano Plurianual – PPA, já transformado na Lei nº 5.551 de 27-07-05, o Relatório de Avaliação de Resultados 2003 a 2005, das contribuições das Conferências Municipais de Saúde - ocorridas no mesmo período, do Plano Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde através do PlanejaSUS, do Pacto pela Saúde e, finalmente, das plenárias do orçamento participativo, implantado no Município sob a coordenação da Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Finanças – SEMPLA.

Neste sentido, foi desencadeado um processo de consultas e debates, compactado em oficinas de trabalhos de curta duração, integrando o maior número de atores sociais dirigentes e técnicos na construção do Pacto pela Saúde em Natal, materializando-se o pensar coletivo.

O Plano Municipal de Saúde encontra-se estruturado seguindo a lógica do documento nacional, em quatro partes distintas:

- 1 - Princípios, prioridades e objetivos;
- 2 - Análise situacional da saúde no município do Natal;
- 3 - Compromissos da Gestão - sistematizado em eixos, linhas prioritárias, objetivos, diretrizes e metas;
- 4 - Monitoramento e avaliação.

A operacionalização do Plano se dará mediante programas e projetos, nos quais são definidas ações e atividades específicas culminando em conseqüências práticas de sua execução.

Por fim, cabe informar que o Plano é dinâmico, sendo revisto a cada ano em conformidade com as necessidades indicadas no monitoramento e avaliação.

*Maria Aparecida de França Gomes*  
Secretária Municipal de Saúde

## CARTA PARA UM AMIGO

Não sei... se a vida é curta  
ou longa demais pra nós,  
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,  
se não tocamos o coração das pessoas.

(Cora Coralina)



Olinto Rocha - persona múltipla - encenava nos seus diversos personagens cotidianos, os papéis de médico, professor, ator, poeta, consultor, dentre muitos outros.

Entusiasta da saúde pública, dedicou muitos anos de sua vida no exercício da medicina social, preocupado em aperfeiçoar o cuidado com as pessoas dos bairros onde trabalhou. Esse convívio o motivou a incorporar novas práticas integralistas, como Lian Gong e a Acupuntura, buscando a integração entre o corpo e a mente.

Antes de compartilharmos o mesmo ambiente de trabalho, já conhecíamos o homem público, atuante na academia e nos serviços de saúde, sendo um dos pilares para a construção dos novos paradigmas que alicerçariam a concretização do que antes era apenas um sonho: o *Sistema Único de Saúde*.

Apesar de sua pluralidade, era uma pessoa singular. Em seus diálogos mesclava palavras incisivas e ponderadas, mas sempre de forma elegante e respeitosa. Conseguia transitar, com sua maturidade e serenidade, entre questões do exercício da profissão, da saúde pública, com a mesma sutileza com que discutia assuntos pessoais, compondo "diagnósticos" simples e sempre propondo uma "terapia" ancorada na sabedoria da vida. Transmitia uma certeza de que nada era impossível, sua história de vida era o exemplo dessa capacidade de superação.

Esses dois anos e meio de convivência diária, resultaram na acumulação de conhecimentos, concretizados através da construção e efetivação da missão institucional, da elaboração do Plano Municipal de Saúde 2003-2005 e a discussão sobre as linhas e diretrizes que balizaram este novo Plano para o quadriênio 2006-2009.

No entanto, mais do que essa troca de experiência profissional deixado por "Doutor" Olinto, ficou o aconchego da "pessoa" Olinto, as palavras amigas e conciliadoras, as brincadeiras polidas, degustadas entre as iguarias da culinária local que ele tanto apreciava, temperadas com as multi-idéias e os comentários do enredo de nossas e de outras vidas também.

É certo que as pessoas não são insubstituíveis, mas algumas deixam grandes lacunas que talvez não possam ou não devam ser preenchidas.

Por tudo isso, fizemos questão de deixar registrado aqui o nosso reconhecimento e a nossa saudade!

Colegas da SMS/Natal.



## *Missão da SMS*

*“Garantir, na perspectiva da promoção à saúde, a atenção integral à saúde da população, baseado nos princípios da acessibilidade, resolutividade, humanização e cidadania”*



## VALORES INSTITUCIONAIS

UNIVERSALIDADE

ACESSIBILIDADE

CONTINUIDADE

INTEGRALIDADE

RESPONSABILIDADE

HUMANIZAÇÃO

VÍNCULO

EQÜIDADE

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

TRANSVERSALIDADE

## SUMÁRIO

Apresentação	<b>03</b>	
	<b>07</b>	Missão
	<b>09</b>	Valores Institucionais
Parte I		
	<b>13</b>	Prioridades
Parte II		
		Análise Situacional do Município do Natal
	<b>19</b>	1. Análise dos Aspectos Demográficos e Socioeconômicos
	<b>21</b>	2. Análise em Relação à Situação de Saúde
	<b>25</b>	3. Análise em Relação à Atenção Integral em Saúde
	<b>32</b>	4. Análise em Relação à Vigilância em Saúde
	<b>33</b>	5. Análise em Relação à Gestão em Saúde
	<b>35</b>	6. Análise em Relação ao Financiamento
	<b>37</b>	7. Análise em Relação à Gestão de Pessoas
Parte III		Compromissos da Gestão
		Objetivos
		Planilhas de Metas
	<b>41</b>	Eixo 1: Atenção integral à Saúde
	<b>59</b>	Eixo 2: Vigilância em Saúde
	<b>67</b>	Eixo3: Gestão em Saúde
Parte IV	<b>75</b>	Monitoramento e Avaliação



**PARTE I**

**P** **Prioridades da Gestão**







## PARTE I. PRIORIDADES DA GESTÃO

O Plano Municipal de Saúde implica no compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, rompendo os limites setoriais, de modo que a sociedade organizada participe e se comprometa com as decisões, conjugando esforços na consolidação do SUS.

Gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do **Pacto Pela Saúde 2006**, que será anualmente revisado com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população. Essas medidas implicaram no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: pacto em defesa do SUS, pacto de gestão e pacto pela vida.

Nesse contexto, o Plano Municipal de Saúde constitui elemento fundamental para esse novo pacto, revelando a partir do diagnóstico situacional - parte integrante deste documento - aquilo o que é o principal propósito para iniciativas prioritárias, sendo elas:

- Implementar a **Política Municipal** de promoção à saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis;
- Consolidar e qualificar a estratégia do **Programa Saúde da Família** como modelo de atenção básica;
- Fortalecer a capacidade de resposta do **Sistema de Saúde às Doenças Emergentes**;
- Reduzir a **Mortalidade Materna e Infantil** (por doenças diarréicas e por pneumonia);
- Implementar a **Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa**;
- Reduzir a **mortalidade por câncer de colo de útero e de mama**;
- Aprimorar os mecanismos de gestão, financiamento e controle social, fortalecendo a **Gestão Participativa**;
- Ampliar o acesso à **atenção com qualificação e humanização**;

- Assegurar o **acesso a medicamentos básicos** à população assistida pelo SUS;
- Readequar o perfil da **assistência hospitalar** em função das necessidades epidemiológicas e sua inserção no sistema;
- Reorganizar a atenção ambulatorial e do atendimento às **urgências e emergências**;
- Priorizar **linhas de cuidado** na atenção à saúde bucal, saúde mental, pessoas com deficiência, pessoas submetidas às situações de violência e da saúde do trabalhador;
- Fortalecer a **gestão do trabalho no SUS**, visando a efetivação da atenção solidária, humanizada e de qualidade;
- Construir uma **rede de informação e comunicação** para gestão e atenção integral à saúde;
- Promover a **qualificação física e tecnológica da rede**;
- Garantir **ações de vigilância em saúde** - ambiental, epidemiológica e sanitária - para redução dos principais riscos e agravos à saúde da população;
- **Eliminar a hanseníase e controlar a tuberculose, dengue, DTS/AIDS, doenças imunopreveníveis e outras doenças controláveis** de grande incidência local, com redução progressiva dos níveis de incidência;
- Controlar a **hipertensão arterial sistêmica e diabetes**;
- Reduzir a **morbimortalidade por causas externas** e garantir o acesso imediato à urgência e emergência.

Estas prioridades, validadas pelo Conselho Municipal de Saúde, servirão como referência para todo o processo de planejamento no desempenho de ações e estratégias e na definição de recursos.







**PARTE II**

*A* **Análise Situacional da  
Saúde no Município  
do Natal**



## PARTE II. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO NATAL

### 1- ANÁLISE DOS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

O município de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte, localiza-se na costa atlântica e é cortado pelo principal rio do Estado, o Potengi, no qual se encontra um importante porto marítimo. Possui clima úmido, com temperatura média anual de 28°. É uma cidade turística, onde as pessoas são atraídas pelas praias e o clima agradável.

Apresenta uma área física de 169,9 Km<sup>2</sup>, equivalente a 0,32 % da superfície do Estado. Limita-se ao norte com Extremoz, ao sul com Parnamirim, ao leste com o Oceano Atlântico, e ao oeste com São Gonçalo do Amarante.

Está dividida geograficamente em 36 bairros, distribuídos em quatro regiões administrativas: Norte, Sul, Leste e Oeste.

#### DEMOGRAFIA

De acordo com estimativa do ministério da Saúde, a população de Natal para o ano de 2006 é de 789.895 habitantes, representado aproximadamente um quarto da população do Estado, sendo a maioria constituída de mulheres e corresponde a 53% da população. O censo realizado pelo IBGE no ano 2000 mostra que a maior parte da população do município pertencia a Região Norte, na proporção de 34,4%, seguida pela Região Oeste que comportava 27% do contingente. A Região Sul concentrava 21,9% da população do município e a Leste tinha a menor população, com percentual de 16,3%.

A taxa de crescimento vem diminuindo ao longo dos anos, comprovada através dos dados dos censos que mostram taxa de 3,47% no período de 1980 a 1991 e 1,8% no período

de 1991 a 2000. A Região Administrativa Norte foi a que mais cresceu nos últimos anos e, no período de 1991 a 2000, a taxa média anual de crescimento foi de 5,8%. Por outro lado a Região Administrativa Leste teve taxa negativa de -1,1%, que pode ter sido influenciada também pelo crescimento das atividades econômicas nessa área. As regiões Sul e Oeste cresceram com taxas na ordem de 0,8% e 0,6% ao ano, respectivamente.

Natal vem passando pelo processo de transição demográfica, seguindo a tendência dos municípios brasileiros, particularmente em função das quedas das taxas de fecundidade e natalidade. A taxa de fecundidade passou de 2,4 filhos por mulher, em 1991, para 2 filhos, em 2000, o que equivale a um decréscimo de 16,7%. Foi constatado ainda que a maioria dos bairros das regiões administrativas Norte e Oeste possuíam taxas de fecundidade superiores ou iguais a 4 filhos por mulher (NATAL 2015, 2000). No período de 1993 a 2005, as taxas de Natalidade decresceram e passaram de 26,5 em 1993 para 18,7 nascidos vivos por 1000 habitantes.

A esperança de vida ao nascer da população de Natal aumentou de 66,9 anos para 68,78 anos no período de 1991 a 2000. O índice de envelhecimento apresenta uma tendência crescente, quando se observa que em 1980 este índice era de 11,3, em 1991 subiu para 13,9 e em 2000 chegou a 19,4 pessoas com 65 anos ou mais de idade para cada 100 jovens menores de 15 anos.

Comparando-se a estrutura etária da população nos anos censitários, percebe-se

**A esperança de vida ao nascer da população de Natal aumentou de 66,9 anos para 68,78 anos no período de 1991 a 2000**



alteração na forma da pirâmide etária, em virtude da transição demográfica que, entre outras causas, foi afetada pela queda de mortalidade infantil, queda da fecundidade e aumento da expectativa de vida. Em consequência, nos anos de 1991 e 2000, houve uma redução importante no percentual de crianças abaixo de 10 anos (de 22,36% para 18,13%), aumento da população idosa (de 7,68% para 7,90%) e, principalmente, aumento da população adulta entre 25 e 59 anos de idade, cuja proporção cresceu de 38,72% para 48,74%. A faixa etária de adolescentes e jovens (10 a 24 anos) em termos proporcionais diminuiu de 32,13% para 31,23%.

As regiões administrativas apresentaram comportamentos diferentes nas suas estruturas etárias e, de acordo com os dados do censo de 2000, a Região Leste (13,04%) concentrava a maior proporção de idosos do município e Região Norte (5,20%) a menor. As regiões Sul e Oeste tiveram percentuais de 8,87% e 7,46% respectivamente.

## EDUCAÇÃO

A taxa de analfabetismo em Natal diminuiu no período de 1991 a 2000 e, considerando a faixa etária de 15 anos e mais, passou de 16,4% para 11,9%. Na Região Oeste foi encontrada a mais alta taxa de analfabetismo, com uma representação de 18,2% da população em foco. A menor taxa ocorreu na Região Sul, cujo valor não chegou a 4,5%. Outro dado importante refere-se à média de anos de estudo que, na população com 25 anos e mais, subiu de 6,4% para 7,2% neste Município.

## RENDA

Natal, em 2000, possuía uma renda nominal média mensal do responsável pelo domicílio de R\$919,10, que era equivalente a 6,09 salários mínimos da época. Quando se analisa esse indicador por regiões administrativas, as desigualdades econômicas se revelam através dos dados.

As regiões Norte e Oeste possuíam as menores rendas e não chegavam a 3 salários mínimos mensais. Por outro lado, a Região Sul, que possui uma população com melhor nível sócio-econômico, teve a maior renda média e representou 11,6 salários mínimos. A segunda maior foi obtida na Região Leste, correspondendo a 9 salários. O índice de Gini, utilizado para medir as desigualdades na distribuição de renda, cresceu, passando de 0,60 em 1991 para 0,64 em 2000, indicando que as desigualdades aumentaram no município.

## O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL –IDH-M

O Índice de Desenvolvimento Humano do município de Natal melhorou, visto que esse índice cresceu de 0,733, para 0,787 no período de 1991 e 2000, porém, o que mais contribuiu para essa evolução foi o componente Educação. Em 2000, Natal teve índice superior ao do estado e ficou em 4º lugar, quando comparado com as demais capitais do Nordeste. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD, Natal está entre as regiões de médio desenvolvimento humano.

## QUADRO SANITÁRIO

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

Em 2000 a rede geral de abastecimento cobria 97,21% dos domicílios restando 2,79% que utilizava outras fontes de abastecimento como poços, cacimba, cisternas e chafarizes. A população não atendida pelo sistema formal de abastecimento de água está condensada, principalmente nas regiões administrativas Norte e Oeste.

Quanto aos resíduos sólidos, o município era atendido por coleta pública em 97,61% dos domicílios, com frequência



de três vezes por semana. Do percentual coletado a grande maioria tem(tinha em 2000?), enquanto destinação final, a disposição em aterro controlado.

Com relação ao esgotamento sanitário, apenas um quarto dos domicílios era servido por rede coletora de esgotos, enquanto que os demais utilizavam o sistema

fossa/sumidouro. Saliente-se que, o perfil acima descrito denota que o destino dos dejetos e água servida, quer coletado pela rede pública ou carreado para fossa, não apresentavam qualquer tipo de tratamento, representando uma potencial fonte de contaminação para os mananciais que abastecem a cidade.

## 2 - ANÁLISE EM RELAÇÃO À SITUAÇÃO DE SAÚDE

### MORTALIDADE GERAL

O quadro Geral de mortalidade nos últimos cinco anos não apresentou grandes variações e mostra que as maiores causas de óbito no município são as **Doenças do aparelho circulatório** e corresponderam a 28,5% das causas de morte em 2005. Destacam-se nesse grupo as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares, por serem as mais frequentes. Em segundo lugar vem as **Neoplasias (18,4%)**, cujas principais são as Neoplasias malignas do estômago e Neoplasias malignas da traquéia, brônquios e pulmões, seguida da Neoplasias de Próstata. Um grupo de causas importante e que se coloca em terceiro lugar são as **Causas externas (11,4%)**, cujos eventos com intenção indeterminada predominam nesse período, com percentual de 42,8%. É provável que grande parte desses eventos se refira a homicídios, baseado no resultado de um trabalho realizado em 2001, junto ao Instituto Técnico Científico-ITEP, que objetivava esclarecer essas causas e que reduziu para 15% a proporção de fatos indeterminados. Em consequência, as agressões passaram para primeiro lugar, com percentual de 33,3% entre todas as causas externas e os acidentes de trânsito ficaram em segundo lugar, com 23,3%. As **Doenças do aparelho respiratório** tiveram participação em torno de 10% do total de causas e dessas, mais da metade foram em consequência de Pneumonia. O quadro descrito acima se assemelha ao

encontrado para o Brasil, de acordo com os dados do MS/Datasus.

Entre as regiões administrativas, observa-se que as Doenças do aparelho circulatório e as Neoplasias ocorreram em maiores proporções na Região Sul e as Causas externas, nas regiões Norte e Oeste, com percentuais de 13,4% e 15,3%, respectivamente, no ano de 2005.

Observa-se ainda que morrem mais homens do que mulheres e em determinadas doenças, a mortalidade se comporta de forma diferente entre os sexos. Em relação às causas externas, a população masculina é a mais atingida e, em 2005, para cada 6 óbitos ocorridos, 5 foram em homens. Entre as neoplasias, a principal causa feminina foi a Neoplasia de Mama, enquanto que a masculina foi a Neoplasia maligna da traquéia, brônquios e pulmões. Verificou-se ainda que a principal causa de óbito entre as mulheres no município de Natal em 2005 foi a Diabetes Mellitus.

Analisando-se os óbitos por faixa etária, verifica-se que o risco de morrer nos jovens do sexo masculino de 20 a 24 anos foi quase 7 vezes maior do que no sexo feminino e na faixa de 30 a 34 anos, o risco foi 5 vezes maior.

O estudo da mortalidade em adolescentes (10 a 19 anos) revela que 65,7% das causas de óbito se referem às Causas externas e estratificando por sexo, verifica-se que elas ocorreram na razão de 9 óbitos masculinos para 1 feminino. As neoplasias (7,4%) e as Doenças do aparelho





circulatório(6,5%) foram a segunda e terceira causa de morte nessa faixa etária.

As principais causas de óbito entre os idosos com 60 anos ou mais em 2005 foram as Doenças isquêmicas do coração, as doenças cérebro-vasculares, as Diabetes Mellitus e as Pneumonias, por ordem de classificação.

## A MORTALIDADE INFANTIL

A queda da Mortalidade infantil é uma tendência nacional e, no município do Natal no período de 1995 a 2005, observou-se que o coeficiente de mortalidade infantil caiu pela metade nos últimos 10 anos, passando de 31,3 para 16,0 óbitos menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos. Embora tenha havido diminuição no período em análise, chegando a 12,04/1.000 nascidos vivos em 2005, a mortalidade neonatal tem sido o componente que mais contribuiu na mortalidade infantil. O coeficiente de mortalidade pós-neonatal foi o que mais diminuiu, passando de 13,5 para 4,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos.

As causas perinatais continuam sendo as principais causas de óbito infantil e, em 2005, representaram 66% da mortalidade em crianças menores de um ano. Numa proporção de 12,9%, aparecem as Anomalias congênitas que se classificam como segunda causa de óbito nessa faixa etária.

Quanto às regiões administrativas, verificou-se maior mortalidade na região Norte, com coeficiente em torno de 13,3/1.000 nascidos vivos e a menor foi encontrada na região Sul, cujo coeficiente foi de 8,6/1000 nascidos vivos. Vale salientar que esses coeficientes poderiam ser maiores, não fosse a existência de um grande número de declarações de óbitos sem a identificação do bairro de residência.

## MORTALIDADE MATERNA

A taxa de mortalidade materna é considerada como um excelente indicador de

saúde das mulheres em idade reprodutiva. No ano de 2005, em Natal, foram computadas 3 mortes por complicações da gravidez, parto e puerpério, levando a um coeficiente de mortalidade materna de 23,58/100.000 nascidos vivos. No entanto, deve-se ter bastante cautela ao se analisar esse indicador visto que é comum a morte materna não ser declarada no atestado de óbito, conseqüentemente, não se conhece a real magnitude. Analisando-se esse indicador através da série histórica, observa-se que no período de 1996 a 2005 existiram bastantes oscilações nos coeficientes, não sendo portanto suficientes para apontar uma tendência. Em 1996 seu valor era de 82,69/100.000 nascidos vivos, caiu para 17,90/100.000 em 1999, tornou a subir em 2003 atingindo valor de 85,14/100.000 e, em 2005, reduziu para 23,58/100.000 nascidos vivos.

## MORBIDADE

Os dados de morbidade ainda são muito restritos no município e a análise a seguir se limitará às doenças de notificação compulsória registradas através do Sistema de informações de agravos notificáveis - SINAN e as internações consolidadas pelo Sistema de informações hospitalares - SIH-SUS.

Destaque-se que a **Dengue** constitui-se ainda hoje, como o principal agravo de notificação do município, apesar da enorme queda no número de casos em 2004. Embora o município tenha passado por um longo período de epidemia e que muitos esforços tenham sido realizados no combate ao vetor, verifica-se que ele ainda está presente e de forma contínua no município, tornando-se endêmico em Natal.

A dengue vinha apresentando coeficientes de incidência superiores a 1.100/100.000 hab até 2003, chegando a dobrar de valor nos anos ímpares. Mostrou indícios de controle em 2004, quando reduziu sua incidência para 113,8/100.000 hab, embora em

**o coeficiente de mortalidade infantil caiu pela metade nos últimos 10 anos, passando de 31,3 para 16,0 óbitos menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos**

2005 tenha havido um aumento no número de casos, que se pode considerar pequeno comparado à magnitude dos anos anteriores.

Em 2005 as ações foram desenvolvidas utilizando-se a estratégia de bloqueios em áreas de maior transmissão e ainda a realização de aplicação espacial de inseticida em todas as regiões administrativas. Essas medidas propiciaram a redução da infestação predial pelo mosquito, atingindo o percentual de 3,5% no ano de 2005.

Entre os agravos de maior incidência, destacam-se os **acidentes por animais peçonhentos**, que no período de 2002 a 2005, apresentaram coeficientes que variavam de 159,38 a 181,07/100.000 habitantes, com maior ocorrência no ano de 2002, sendo o segundo agravo mais notificado.

A **Varicela**, mesmo não fazendo parte da lista nacional de doenças de notificação obrigatória, se constitui um agravo de interesse local, tendo em vista a grande incidência, a característica de sazonalidade e de regularidade nas notificações, além de ser uma doença típica da região. O número de notificações cresceu nos últimos quatro anos e em 2005 teve uma taxa de incidência de 133,8 casos para cada 100.000 habitantes.

A **Hepatite**, cuja notificação diz respeito à apenas para os vírus dos tipos A e B, diminuiu a incidência no período de 2002 a 2004, voltando a crescer em 2005, chegando a dobrar de valor(75,1/100.000 hab), quando comparado ao ano anterior.

É importante notar que o município não tem de casos de **sarampo** desde o ano de 2000 em consequência das ações do Plano nacional de eliminação de Sarampo. Portanto, as **doenças exantemáticas** aqui se referem à apenas os casos de rubéola, cuja incidência em 2005 foi de 13,11/100.000hab.

A **meningite** apresenta-se como um importante agravo de notificação, e sua incidência, apesar de ter oscilado um pouco no período em estudo, declinou no ano de 2005 quando comparado a 2002, chegando a 12,85/100.000hab.

No caso da **sífilis congênita**, o Ministério da Saúde, baseado na recomendação da OPAS, preconiza para

controle a incidência de até 1 caso por 1.000 nascidos vivos. Em Natal, esse agravo é um motivo de preocupação visto que o número de casos tem aumentando bastante e no período de 2002 a 2004 a incidência subiu de 1,8/1.000 para 6,7/1.000 nascidos vivos. Embora tenha reduzido em 2005, a taxa de incidência ainda continua alta e apontou para 5,5 casos de sífilis congênita para cada 1.000 crianças nascidas vivas.

Uma das doenças de preocupação mundial, principalmente pelo seu poder de disseminação é a **AIDS**. No Brasil a incidência desse agravo no ano de 2004 chegou a 10,8 casos/100.000 hab, segundo Boletim epidemiológico AIDS DST ANO II Nº 1(dados SINAN). Entre todas as regiões, a Nordeste apresentou a menor incidência(6,0/100.000 hab), inferior ao valor encontrado em Natal(8,7/100.000 hab). Nos últimos 10 anos este município teve taxas de incidência oscilando entre 9 e 14,1/100.000 hab, com maiores picos em 1998, 2001 e 2003. Os dados revelam que a AIDS predomina nos homens, porém o que tem se observado é que o número de casos em mulheres tem aumentado. No período de 1997 a 2003, a razão homem/mulher caiu significativamente de 4,7:1 para 1,6:1. Analisando-se por área geográfica, foi visto que em 2005 a AIDS teve maior concentração na Região Leste do município, seguida da Região Norte.

A **Tuberculose** tem se mostrado persistente nesse município e vem se mantendo desde 1996 com número anual de casos registrados entre 400 e 450. A série histórica dos dados mostra uma leve tendência de queda na incidência desse agravo, porém de forma muito lenta. Em 2003 esse indicador teve sua incidência de 59,1/100.000 hab, superando a média nacional.(40,8/100.000 hab). As maiores concentrações de casos no município de Natal foram encontrados nas regiões Oeste(145 casos) e Norte(137 casos), por outro lado foi a Leste que apresentou a maior taxa de incidência. Essa última região é bem heterogenia e abrange tanto bairros de alto poder aquisitivo, como bairros de classes menos privilegiadas, os quais têm um peso importante nesse indicador.



Nota-se que a prevalência de **Hanseníase** vem caindo em razão das medidas de controle e dos novos esquemas terapêuticos estabelecidos, em função do plano de eliminação dessa doença. A meta recomendada pelo ministério da saúde é de menos de 1 caso para cada 10.000 habitantes e Natal tem cumprido essa meta, uma vez que a taxa de prevalência atingiu 0,69/10.000 hab em 2005.

## MORBIDADE HOSPITALAR

O grupo de causas ligadas a **gravidez, parto e puerpério** constitui a primeira causa de internação hospitalar no município. Este grupo que em 2000 representava 33,2% das causas vem apresentando declínio, reduzindo esse percentual para 28,1%. O segundo grupo de causas se refere às **doenças do aparelho respiratório** que, ao contrário do anterior, cresceu no mesmo período. Na seqüência, aparecem as internações por Transtornos mentais e as Neoplasias. Merecem destaque as hospitalizações por **Lesões/envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas** que cresceram e também as **causas perinatais** que diminuíram durante os anos de 2000 a 2005. Foi visto que o número de internações em mulheres é quase 2 vezes maior que nos homens, devido as hospitalizações relacionadas a gravidez, parto e puerpério, onde a grande maioria se refere a partos. Um dado importante se refere às hospitalizações em crianças menores de um ano que são muito altas e ocorrem na proporção de 174 internações para cada 1.000 crianças.

## NASCIDOS VIVOS

O baixo peso é um importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. A proporção de nascidos vivos

com baixo peso ao nascer tem se mantido entre 7,9 % e 9,2% no município, nos últimos 5 anos, alcançando em 2005 o percentual de 8,2%. Em 2002, a média brasileira foi de 9,1%, ficando acima da média 8 capitais brasileiras, entre elas Natal, segundo dados do IDB-Brasil 2004. Os partos em mães adolescentes representam uma parcela bastante significativa, tendo apresentado ligeira queda no período de 1999 a 2005 de 23% para 21%. A menor proporção dessas mães foi encontrada na região Sul(13,1%) e a maior, na Região Oeste, com percentual de 23,4%. Um fator importante refere-se aos partos cesáreos que ocorrem com grande freqüência e chegam próximo a 40%. Analisando-se por região administrativa, observam-se maiores taxa nas regiões com população de maior poder aquisitivo, Sul e Leste, com percentuais de 59,8% e 46,0%. O Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea, estabelece a taxa de 25% como desejável. Ainda é baixo o número de gestantes que realizam 7 ou mais consultas de pré-natal, visto que não chega a atingir metade dessas gestantes. Por outro lado, em torno de 86% realizam 4 ou mais consultas de pré-natal.

## DESNUTRIÇÃO

De acordo com os dados registrados no SIAB-Sistema de informações da atenção básica), a proporção de desnutridos vêm reduzindo, ano a ano. Em 2003 o percentual de desnutridos de 0 a 11 meses era de 6,13%, enquanto em 2005 chegou a 3,59%. Na faixa de 12 a 23 meses os percentuais em 2003 representavam 11,35% e em 2005 7,49%. Entre os fatores que contribuíram para esse resultado positivo, destacam-se as ações desenvolvidas pelas equipes do PSF e PACS, através do acompanhamento sistemático das comunidades em situação de vulnerabilidade social e o Programa de Controle das Carências Nutricionais – PCCN.

*...o total de hospitalizações em mulheres é ainda 2 vezes maior do que os homens em 2005.*

### 3 - ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

*A Atenção Integral à Saúde significa oferecer ao usuário acesso a todas as dimensões do processo saúde-doença; significa oferecer disponibilidade de todos os serviços indispensáveis ao atendimento.*

*(Cadernos de Atenção Especializada – Ministério da Saúde)*

Neste eixo são consideradas para análise as linhas prioritárias da Atenção Básica, Atenção Especializada, Atenção às Urgências e Assistência Farmacêutica. Inclui-se também neste contexto o processo de reordenamento do Sistema Municipal de Saúde traduzido na constituição de redes estratégicas, pautadas no princípio da integralidade e na centralização do usuário, envolvendo os níveis de atenção: básica, média e alta complexidade.

Desde o ano de 2003 a Secretaria Municipal de Saúde de Natal vem intensificando esforços no ajuste organizacional para o aprimoramento da qualidade das ações, serviços e práticas de saúde em todos os níveis de atenção. O propósito é consolidar a estratégia do Programa Saúde da Família - PSF como estruturante da **Atenção Básica** e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde, não restringindo este nível de atenção à oferta de elenco de procedimentos, mas a um conjunto de ações que contemple a integralidade da atenção, resultando na qualidade de vida e propiciando melhora nas condições de saúde da comunidade.

A rede básica municipal é composta de 58 unidades que se constituem como ponto privilegiado para o primeiro contato do acolhimento e a formação de vínculos com as equipes de saúde, sendo também o local prioritário para que o exercício da clínica do cuidado aconteça. Cumpre ainda a função essencial de coordenar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos serviços na rede de atenção.

Hoje o município do Natal conta com 107 equipes do Programa Saúde da Família, implantadas com uma cobertura de 48% da população nas áreas sócio-economicamente mais vulneráveis, sendo que nos Distritos

Sanitários Norte e Oeste o programa já atingiu o patamar de 70% de cobertura.

Reitera-se no Plano Municipal de Saúde 2006-2009, o compromisso com a continuidade da expansão dessa estratégia que melhor traduz a organização da atenção básica.

Os serviços e ações definidas como **Atenção Especializada** definem-se como um dos projetos essenciais à gestão municipal. Este nível de atenção encontra-se estruturado com média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Na **Média Complexidade Ambulatorial** estão incluídos a maioria dos procedimentos necessários para o diagnóstico, tratamento e reabilitação, ressaltando-se o seu caráter complementar e suplementar à atenção básica, respaldando assim a redução da demanda para a alta complexidade.

Até o ano de 2002 não existia programação para esse nível de assistência em Natal, talvez pela indefinição/inexistência de financiamento, uma vez que os recursos destinados à média e alta complexidade eram consumidos na internação hospitalar.

Com a efetiva implantação da Programação Pactuada Integrada – PPI, em 2003, desencadeou-se um processo contínuo de planejamento, indicando os rearranjos em torno dos parâmetros inicialmente traçados.

Pode-se dizer que em Natal à medida que os serviços básicos de Saúde se expandem, cresce a demanda por atenção especializada de forma progressiva e proporcional. Outro fato relevante é a incorporação de procedimentos mais complexos, antes realizados com internação hospitalar e que hoje pode ser desenvolvidos na rede ambulatorial, como é o caso de técnicas anestésicas e de cirurgias evasivas.



Os procedimentos da atenção ambulatorial de média complexidade apresentaram em 2005 um crescimento de 112,5% em relação a 2002. A falta de um mecanismo de regulação informatizado não permitiu visualizar o que representa desse volume de atendimento para o município do Natal em relação à população referenciada de outros municípios. Os valores gastos nesse nível de atenção tiveram um crescimento de 123,8% de 2002 a 2005.

Ressalta-se que no período 2003 a 2005, houve um reajuste de mais de 400 procedimentos da tabela. Muitos desses estavam sem reajuste desde 1994. Destacam-se os grupos de exames de patologia clínica com um aumento médio de 15% em 2003 e de 21% em 2004; exames de endoscopia com um aumento de 25% em 2003 e 70% em 2005; exames de mamografia com 20% em 2004 e outros 20% em 2005 e exames de eletrocardiograma e eletroencefalograma com 43% em 2003 e 70% em 2005 entre outros, conforme citado no Relatório Balanço da Saúde, Janeiro/2003 a julho/2005 (MS,2005).

A Secretaria Municipal de Saúde no intuito de ampliar os mecanismos de controle e transparência administrativa, realizou chamada pública para contratualização dos serviços ambulatoriais. Essa ação coibiu a oferta abusiva de serviços por imposição do prestador e ao mesmo tempo proporcionou a compra de procedimentos até então não realizados a preço da tabela SUS.

Em se tratando da **Alta Complexidade Ambulatorial**, esta se encontra ainda na sua maioria sob gestão estadual, o que gera um duplo comando, além de dificuldades na atenção integral à saúde.

Independente da vontade política dos gestores, a efetiva implantação da política de alta complexidade ainda não ocorreu. A falta de estruturas regionais com capacidade tecnológica e humana faz com que Natal seja referência para toda população do Estado nesse nível de

atenção, havendo com isso uma sobrecarga do sistema e um desequilíbrio na oferta.

A baixa resolatividade da rede pública em serviços de maior complexidade tecnológica, faz com que o setor privado detenha a maior parte desses serviços. A fragilidade nos processos de pactuação intergestores, o baixo financiamento, o insuficiente processo regulatório e as diversidades operativas são problemas estritamente vinculados que ocupam a agenda dos gestores como desafios a serem enfrentados nesse quadriênio.

No tocante à **Atenção Hospitalar**, a ausência de uma política específica que vise à indicação da reestruturação desse setor de forma a integrá-lo à rede local, respondendo as efetivas necessidades de saúde da população, passa a ser um ponto de prioridade da gestão.

De acordo com o Ministério da Saúde a situação hospitalar no Brasil está marcada pela percepção de uma crise de dimensões organizacional, política, financeira, assistencial e de formação profissional.

A rede hospitalar credenciada ao SUS em Natal é composta de 27 hospitais, desses 44,5% são públicos (Municipal, Estadual e Federal), 48,1% são privados e 7,4% filantrópicos. Os hospitais com mais de 100 leitos correspondem 18,5%. São oferecidos à população usuária do SUS 1.997 leitos, entre cirúrgicos e clínicos. Em caráter complementar, somam-se 169 leitos de UTI. Embora o setor público venha ampliando sua oferta, é no setor privado que se encontram as maiores capacidades tecnológicas e, conseqüentemente, os procedimentos de maior complexidade.

Dentro da Atenção Hospitalar o tratamento intensivo, prestado pelas UTIs, indispensável na assistência às emergências, teve um crescimento, passando de apenas 47 leitos em 2002 para 169 em 2005. Este ato representou um empenho máximo da gestão municipal que se somando ao esforço da Secretaria Estadual de Saúde, conseguiram junto ao Ministério da Saúde o incremento nesse nível de atenção.

**Com a efetiva implantação da Programação Pactuada Integrada – PPI, em 2003, desencadeou-se um processo contínuo de planejamento...**

A Portaria 1101/GM de 12 de junho de 2002 preconiza enquanto parâmetro, que do total de leitos contratados pelo Sistema, entre 4% e 10% devem ser destinados para UTI. Natal atende ao dispositivo regulamentar com 8,46%.

Em 2004, segundo dados da Agência Nacional de Saúde – ANS, apenas 17% da população brasileira usuária de planos de saúde possuíam cobertura para internação hospitalar.

A população de Natal tem hoje a cobertura de 2,57 leitos /1.000 hab, atendendo aos parâmetros estabelecidos na portaria supramencionada que estipula de 2,5 a 3,0 leitos/1000 hab. Considerando que Natal é município pólo de referência para todo o Estado, 45% das internações aqui realizadas são de outros municípios, existindo para isso a necessidade de maior número de leitos. O maior número de referência para internação é na clínica cirúrgica ocupando 53% dos encaminhamentos.

Em se tratando da população própria, o maior percentual de internação encontra-se na clínica obstétrica.

Até junho de 2005 o Município trabalhou com o parâmetro de 7,5 internações/hab/ano. Após uma análise mais aprofundada, no momento da elaboração da nova PPI, foi pactuado se trabalhar com o parâmetro de 6,7% internações/ano. A partir desse parâmetro foram definidos os percentuais a serem ocupados para cada clínica, sendo 22% clínica cirúrgica, 30,53% clínica médica, 26,49% obstétrica, 15% pediátrica, 4,5% psiquiátrica e 1,47% em alta complexidade.

Quanto aos valores pagos com internação hospitalar, importaram em R\$ 60.480.621,03 em 2005, o que representou um crescimento de 51,60% em relação a 2002. Essa elevação foi resultado dos incrementos na clínica cirúrgica em 73,91%, sobretudo nas cirurgias de alta complexidade que em sua maioria, utilizaram próteses (neurocirurgia/cardiaca/ortopédica). Considere-se ainda que a maioria dessas cirurgias exige permanência em UTI, tendo estas se expandido e melhorado sua qualificação, e conseqüentemente o seu valor. A tabela para os serviços hospitalares também sofreu reajuste durante o período em análise. A clínica pediátrica apresentou uma

variação de 59,25% no período, em decorrência de majoração nos valores pagos pelas internações, fruto das novas diretrizes adotadas pela política voltada à atenção infantil (despesas com acompanhamento e aumento da permanência).

As grandes dificuldades na atenção hospitalar, são percebidas pela existência de múltiplos fatores inter-relacionados enquanto determinantes e determinados, aparecendo em destaque os aspectos financeiros, a locação irregular e escassos recursos para investimento, baixa resolutividade do setor público, gestão e gerência frágil, a ótica do hospital privilegiada na doença e centrada na disponibilidade de serviços e dos profissionais.

Tudo isso impulsiona à reflexão de que é momento de avançar, na busca de um modelo de cuidado focado no usuário, aprimorando os mecanismos de controle, avaliação e regulação como instrumento de gestão e gerência.

Em relação à **organização dos serviços**, desde 2003 a SMS vem buscando a articulação efetiva entre as unidades de saúde, a partir de unidades pré-existentes com suas composições próprias e recursos respeitando a vocação institucional, pensado assim o perfil da **rede assistencial**.

A SMS tem despendido grande empenho na adoção de medidas de caráter normativo, na busca de recursos para investimentos e de custeio destinados a criar as condições necessárias à estruturação de redes hierarquizadas de serviços como forma de organizar a assistência, melhorar a qualidade dos serviços prestados e ampliar o acesso da população a esses serviços.

Apesar de todo esforço, percebe-se ainda a fragmentação da assistência em todas as dimensões, o que leva a gestão a estabelecer a criação de “corredores funcionais”, que conduzem o paciente ao longo da rede, permitindo integrar as ações a ele dirigidas, ainda que realizadas por diferentes profissionais entre diferentes unidades. De forma complementar à organização da rede de serviços de saúde e perpassando de forma transversal, está a organização de “linhas de cuidado”. Estas possuirão grande importância,



sobretudo no cuidado de determinadas patologias consideradas como prioritárias, para se trabalhar do ponto de vista epidemiológico ou considerada de relevância de recortes populacionais, destacando-se aí a atenção ao câncer, ao portador de doença renal, cardiovascular, tuberculose, hanseníase, diabetes, DST-AIDS e outras.

Cabe ressaltar que em muitas dessas patologias o objeto não é meramente a "cura", mas a perspectiva do "controle" sobre a mesma.

Trata-se então de um projeto terapêutico integral, onde vários serviços fazem parte da linha de produção do cuidado, tendo como responsável pela gestão desse projeto a equipe da atenção básica.

Diante da concepção de **linhas de cuidado**, propõe-se a organização da rede de serviços com atuação transversalizada, a partir da atenção básica que deverá estar qualificada para acolhimento inicial a essas demandas, referenciando para unidades de maior complexidade e também outros organismos que atuam numa perspectiva de atenção integrada, tendo como premissa o atendimento às pessoas em conformidade com o seu perfil, ou seja, percebendo as especificações de cada clientela, de acordo com o gênero, faixa etária, necessidades especiais, exposição a riscos e vulnerabilidades.

As questões ligadas à prevenção e a **atenção às pessoas submetidas à situações de violência**, constitui também prioridade da gestão, principalmente, os casos de violência contra a mulher, intrafamiliar, doméstica e institucional, maus tratos, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, homicídios e suicídios, acidentes de trânsito, transporte e trabalho.

Outra política estratégica é a reorientação das práticas de **Saúde Bucal**, visando a ampliação do acesso e a integralidade da atenção, intensificando o cuidado curativo individual e fomentando

ações de promoção e prevenção de natureza coletiva com ênfase na intersectorialidade. Neste modelo, foram estruturados, em 2005, os serviços assistenciais, desde unidades básicas e pronto-atendimentos até os Centros de Especialidades Odontológicas- CEO.

Com referência à **Saúde do Trabalhador**, nos segmentos formais, desempregados, autônomo e aposentados, aponta-se como perspectiva o fortalecimento das ações de assistência e vigilância à saúde individual e coletiva, inclusive dos ambientes de trabalho, objetivando o controle dos fatores condicionantes relacionados à saúde ocupacional. A atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - **CEREST**, articulado e integrado em rede com outros serviços de saúde e organismos afins, propicia um atendimento especializado com referenciamento de demanda para outros níveis de complexidade, tanto do sistema de saúde como outras estruturas públicas de atendimento ao trabalhador, como previdência social, ministério do trabalho e agremiações sindicais.

Assim, estruturar as linhas de cuidado pressupõe a integração entre o planejamento, programação de uma **malha de cuidados ininterrupta**, como meio de garantir a integridade da atenção ao usuário entre os diversos níveis e campos pertencentes ao sistema único de saúde e demais segmentos congêneres.

Nessa forma de organização, no **primeiro nível de atenção**, encontram-se as unidades básicas cujas funções, são definidas em três linhas a saber: de valor, produção e ordenamento.

Na rede básica municipal o cumprimento dessas funções vem-se dando com grandes dificuldades, sobretudo no que diz respeito à qualificação dos recursos humanos.

Quanto ao cuidado **ambulatorial especializado**, também denominado de cuidados secundários, vem sendo estruturado

*Trata-se então de um projeto terapêutico integral, onde vários serviços fazem parte da linha de produção do cuidado...*



de acordo com a disponibilidade tecnológica e de recursos humanos. A proposta municipal é a estruturação de policlínicas distritais que, gradativamente, incluam procedimentos de maior complexidade.

Em relação aos **serviços de diagnóstico e terapia**, englobando o diagnóstico laboratorial clínico de anatomia patológica e os de imagem, aparentemente tidos como homogêneos, na rede, cada um desses serviços estão inseridos de forma distinta no processo de cuidado.

Para os serviços laboratoriais de análise clínica, a proposta de organização municipal é de centralização em policlínicas, hospitais e unidades de serviços de urgência e emergência (pronto-atendimento). Esses serviços serão geridos de forma independentes, porém, possuirão os postos de coletas descentralizados nas unidades de origem do paciente, dispensando o seu deslocamento.

O projeto de conectividade, elaborado pela SMS em 2005, prevê a interligação e informatização dessa rede. Atualmente, o município conta com 25 laboratórios públicos municipais e 13 postos de coleta.

A criação de uma rede assistencial de **urgência e emergência** surgiu da necessidade de responder uma demanda crescente em decorrência do aumento de acidentes, violência urbana e outras violências e a insuficiente estrutura dos serviços para responder a este panorama. Dentro dessa concepção o gestor municipal, em parceria com os gestores Estadual e Nacional, uniram esforços de forma decisiva na implementação da rede.

Predomina no Estado, particularmente em Natal, o tipo de assistência no modo tradicional de "pronto socorro", sob a gerência Estadual, servindo de referência para a maioria dos municípios. Apesar da vocação para atendimento com trauma, por ter uma estrutura compatível, sobretudo, de recursos humanos especializados e, com vasta experiência no cuidado com o politraumatizado - por ser a principal porta de entrada do sistema de saúde - este serviço acaba recebendo e acolhendo as urgências e emergências propriamente ditas, como também pacientes

sem referência da atenção básica e especializada e das urgências sociais.

A rede pública municipal conta com nove pronto-atendimentos, porém a falta de recursos humanos, equipamentos e materiais adequados para a elucidação diagnóstica, fizeram com que, ao longo dos anos, essas unidades obtivessem pequena resolutividade, cumprindo, muitas vezes, apenas o papel de escoamento de demandas oriundas da atenção básica. Diante deste quadro, e com a visão de economia de escala, a gestão municipal redefiniu sua estrutura pré-hospitalar fixa, reduzindo para quatro pronto-atendimentos localizados nos distritos sanitários, a saber: Pajuçara, Sandra Celeste, Cidade Satélite e Cidade da Esperança.

Para esta estruturação a SMS pactuou com a Secretaria de Estado de Saúde Pública - SESAP e o Ministério da Saúde, através do Projeto QUALISUS, as condições adequadas à estrutura física e tecnológica para o seu funcionamento. Nesta parceria vem sendo trabalhado também o quadro de recursos humanos, que de forma interdisciplinar, na lógica do trabalho em equipe, realizará o acolhimento e a intervenção no estado clínico apresentado, atendendo pacientes enquanto emergência e favorecendo a continuidade do acompanhamento, seja na rede básica, na rede especializada ou para internações hospitalares. Serão unidades de média complexidade que, funcionando 24 horas, darão retaguarda às unidades básicas e unidades do Programa Saúde da Família - PSF, sobretudo no turno noturno e nos finais de semana. Oportunamente, quando necessário, serão os pronto-atendimentos, anteposto de estabilização do paciente clínico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

O município do Natal implantou, desde 2002, o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências - SAMU, hoje funcionando com grande resolutividade, servindo de base estrutural para a implantação do SAMU metropolitano.

Junto à organização da rede hospitalar de emergência, vem sendo vislumbrado o processo de produção do cuidado diferenciado por tipo de emergência. Cabe como exemplo





o previsto no Plano de Atenção Cardiovascular, que estipula a obrigatoriedade de todos os hospitais da rede credenciada de garantir o acesso aos pacientes em caso de emergência naquela patologia, devendo comportar-se da mesma forma a neurologia, que tem proposto como referência o Hospital Universitário Onofre Lopes, cujo compromisso está firmado desde sua certificação. Existe ainda o Hospital Geral Municipal, atualmente funcionando com pequenas emergências, com uma visão futura de ampliação.

A regulação médica desse componente assistencial está sendo estruturada através da Central Metropolitana de Regulação, que através do trabalho integrado com o SAMU, organizará a relação entre vários serviços, qualificando e ordenando o fluxo dos pacientes, não perdendo de vista - na reestruturação do modelo assistencial - as atribuições e prerrogativas das unidades básicas e PSF em relação ao acolhimento e ao atendimento de menor complexidade, sobretudo os quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adscrição de clientela.

A política de **Saúde Mental** do Município vem passando por grandes avanços de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Tem-se buscado a implementação da atenção em Saúde Mental, com expansão da rede, aumento da acessibilidade e resolutividade dos serviços. Hoje o Município conta com quatro Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, sendo dois destinados aos portadores de transtorno mental e dois para dependentes de substâncias psicoativas. Os CAPS são dispositivos estratégicos que tem a responsabilidade de organizar a rede de serviços de Saúde Mental de seu território, dando suporte e supervisionando a atenção à Saúde Mental na rede básica.

A rede de Saúde Mental do município possui também uma Residência Terapêutica, que foi implantada em Maio/2005; dois ambulatórios de Saúde Mental, sendo um deles referência para o tratamento de Tabagismo,

além de três policlínicas que também possuem atendimento ambulatorial nessa área, contando ainda com quatro leitos psiquiátricos no Hospital Universitário Onofre Lopes.

Para o próximo quadriênio, a Secretaria Municipal de Saúde continuará investindo na expansão da rede extra-hospitalar, buscando ampliar a rede de Saúde Mental em 100%, reestruturar 50% dos serviços existentes, criar leitos de observação para urgências psiquiátricas em cada pronto atendimento, ampliar em 100% os leitos psiquiátricos em Hospital Geral e implementar o serviço de urgência móvel psiquiátrica. Além disso, serão implantados os projetos das Oficinas Itinerantes de Arte e Saúde Mental e de Apoio Matricial às unidades básicas de saúde.

Dando continuidade a expansão da rede Municipal de Saúde Mental, ainda no ano de 2006 será implantado o CAPSi (Infanto-juvenil), como também um outro serviço de Saúde Mental.

**A atenção à pessoa com deficiência** tem como característica fundamental a multidimensionalidade tendo em vista a sua complexidade.

A prevenção de deficiências e incapacidades e a promoção à saúde dos casos, prevêm a criação de uma rede progressiva de cuidados, sendo a atenção básica o nível privilegiado de acesso às pessoas com deficiência e a atenção especializada como suporte operacional avançado de reabilitação.

O município do Natal, integrante da Rede Estadual de Atenção a Pessoa com Deficiência, de acordo com a Portaria GM/SM N°818 de 01 de junho de 2001, disporá de 10 Serviços de Reabilitação – nível intermunicipal - cujo perfil de atuação é baseado na promoção à saúde e na prevenção, utilizando o diagnóstico e o encaminhamento precoce das deficiências, com ações básicas integradas e recursos não especializados, na perspectiva da cobertura integral à comunidade adstrita.

Ainda serão implantados 04 Serviços de Reabilitação – Nível Intermediário – cujo perfil

... o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU, hoje funcionando com grande resolutividade

...

de atuação é de oferecer atenção aos casos referenciados, mediante recurso especializado, atuando com critério e base epidemiológica, utilizando tecnologia apropriada para o desenvolvimento de ações, além de referenciar para o Serviço de Medicina Física e Reabilitação (Centro de Reabilitação do Adulto – CRA), no caso do usuário adulto. Para o atendimento à criança a referência é o Centro de Reabilitação Infantil – CRI.

A reorientação da política de **Assistência Farmacêutica** propõe uma mudança na estruturação no modelo de organização e na forma de gerenciamento, sendo este um grande desafio para a gestão.

Este processo vem sendo implementado com maior intensidade a partir de 2004. Até então a lógica de atuação limitava-se na aquisição e distribuição de medicamentos.

A SMS elaborou e aprovou no Conselho Municipal de Saúde o Plano de Assistência Farmacêutica, com vigência 2004-2006, realizando, concomitantemente, a 1ª Conferência Municipal de Assistência Farmacêutica. Foi instituída uma Câmara Técnica que objetiva uma melhor orientação dos profissionais de saúde na conduta terapêutica e na tomada de decisão do gestor, sobretudo, em suporte aos mandatos judiciais usando os princípios da eficiência e eficácia.

Atualmente, a rede dispõe de 11 farmácias e 62 dispensários de medicamentos, sendo estas estruturadas em maternidades, policlínicas e pronto atendimentos e no hospital municipal. Quanto aos dispensários, estão distribuídos nas unidades básicas, tendo também a dispensação para a medicação de saúde mental nos próprios CAPS.

A relação de medicamentos da farmácia básica está composta por 47 itens. Mediante a elaboração do novo Plano da Assistência Farmacêutica, conforme Portaria nº 2.084/05 e, considerando ainda os aspectos epidemiológicos, serão reavaliados os novos itens de medicamentos que farão parte do elenco básico a ser distribuído na rede.

É perspectiva do Município a organização dessa atenção, com inserção do profissional farmacêutico nas farmácias, implantando uma ampla política de

comunicação, esclarecendo e divulgando aos usuários e aos profissionais de saúde a respeito do funcionamento, como também os esclarecimentos indispensáveis ao acesso e ao uso racional dos medicamentos.

Será promovida também a modernização dos serviços de assistência farmacêutica na rede, incluindo a estruturação física dos estabelecimentos para o abastecimento, dispensação, estocagem, armazenamento, conservação e controle da qualidade dos medicamentos.

Cabe à gestão a definição dos rumos da produção de bens e serviços de saúde. A garantia dessa produção com qualidade, resolubilidade e integralidade, com fluxo contínuo de referência e contra referência, depende do compromisso efetivo de todos que compõem os serviços, da definição dos papéis, perfis de unidades da rede, da interface da estratégia da Regulação Assistencial com o processo de planejamento, programação, controle, avaliação, vigilância sanitária, auditoria e da participação do controle social.

Com esse pensar, a SMS, assumiu a PPI, como instrumento de negociação e gestão, levantou a capacidade operativa da rede pública, contratualizou o setor privado e filantrópico, objetivando suprir o cardápio de ações ainda não oferecidas com suficiência na rede pública.

Como instância responsável por operacionalizar o fluxo de pacientes ao longo da rede, foi implantada a **Central Metropolitana de Regulação**, inicialmente operando apenas com o módulo de consultas médicas. A falta de informatização da rede, associada a demora que algumas unidades levam para se adequar ao perfil, previamente traçado para rede, faz com que os resultados da regulação ainda não sejam os esperados.

Foi realizado em parcerias com o Estado e Ministério da Saúde, projeto de informática com vistas a conectividade de toda rede, hoje com 86 computadores e a conectividade em fase de implantação. A implementação do complexo regulador tem sido prioridade da SMS. Para isso várias iniciativas continuam sendo tomadas como renegociação com prestadores e outros gestores, capacitação de profissionais, implantação do módulo de internação



hospitalar e a organização do fluxo de referência intermunicipal.

Enfim, a meta é através da regulação articular uma série de ações meio que contribuam para viabilização do acesso do

usuário aos serviços de saúde, de forma a adequar à complexidade de seus problemas, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana oportuna, ordenada, eficiente e eficaz.

#### 4 - ANÁLISE EM RELAÇÃO À VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Neste eixo são consideradas para análise as linhas prioritárias da Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Controle de Zoonoses e Vigilância Ambiental. A SMS desde a sua criação, no contexto da Reforma Sanitária, e com base no conceito ampliado de saúde como bem estar físico e social, estabeleceu que as ações voltadas para prevenção e promoção em saúde deveriam ter um destaque especial frente as demais áreas de atuação do sistema de saúde. Para tanto, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica foram implantadas no final dos anos 80.

No campo da **Vigilância Sanitária** se têm como diretriz a inserção desta como ação básica de saúde, essencial para todo o cidadão e para a coletividade, sendo assim deverá ser enfatizado o trabalho descentralizado voltado para a formação de uma consciência sanitária que propicie ao cidadão a identificação de riscos potenciais aos quais ele é submetido no consumo e uso de bens, serviços e produtos e na convivência no seu ambiente de trabalho e de vida. O serviço municipal de vigilância sanitária deve ser reforçado de forma a atender as demandas geradas pelo crescimento do município frente ao processo de globalização no uso e consumo de bens e serviços.

No campo da **Vigilância Epidemiológica** a maior diretriz é a ampliação desta área de atuação, incorporando a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, superando o processo inicial de trabalho restrito às doenças e agravos transmissíveis de notificação compulsória. Para tanto, se faz necessário a estruturação de uma nova vigilância que incorpore novos profissionais e que seja revista a estrutura organizacional hoje existente.

Outra importante diretriz desta área é a implantação de uma unidade de resposta imediata às emergências epidemiológicas, no

intuito do município estar preparado para enfrentar as doenças e agravos emergentes e reemergentes, que se configuram a partir do contexto mundial, onde Natal, por ser uma cidade de forte apelo turístico, está sujeita a reintrodução de doenças já erradicadas, como a poliomielite - em fase de erradicação - o sarampo e a gripe aviária.

A área de **Controle de Zoonoses** já vem sendo trabalhada no município desde a criação da SMS, uma vez que o Centro de Controle de Zoonoses foi a primeira unidade estadual de saúde a ser municipalizada no ano de 1986. As ações nesta área assumem grande relevância frente às condições sócio-ambientais adversas ainda encontradas nas Regiões Norte e Oeste do Município, onde as ações voltadas para o controle de doenças e agravos transmissíveis dos animais para os seres humanos devem ser priorizados. É importante destacar que as ações de controle de zoonoses devem ter caráter eminentemente preventivo, e que para tanto a SMS deverá investir em uma grande reforma estrutural e organizacional do centro. As zoonoses de maior relevância epidemiológica no Município são a Dengue, a Leishmaniose Visceral, a Hidrofobia e a Esquistossomose, as quais devem ser mantidas sob rígido controle e vigilância.

A área de **Vigilância Ambiental** é a mais recente área de trabalho da vigilância em saúde e inicialmente tem seu foco de ação na vigilância da qualidade da água de abastecimento. É de grande importância a ampliação de suas ações, uma vez que estão pactuadas ações com o nível federal para que sejam implantadas ações de vigilância de solos contaminados e de desastres naturais. Neste objetivo a SMS deverá envidar esforços para ampliação organizacional desta área de atuação, consolidando este trabalho no Município.



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

A sua proposta de atuação se consolida como resultado das reivindicações do movimento sanitário local. A municipalização das ações e serviços é assumida como princípio para caracterização do novo modelo de assistência, fortalecida com a criação do Conselho Municipal de Saúde no ano de 1986.

Compreendendo o **Controle Social** como elemento preponderante para efetivação do SUS, a partir da Lei 4.007 de 22/07/1991, reestruturou-se o Conselho Municipal de Saúde, tornando-o permanente e deliberativo, com participação paritária entre profissionais, prestadores e segmentos representantes dos usuários dos serviços.

Os fóruns de debates instalados a partir da criação da SMS, culminaram com a realização da IV Conferência Municipal de Saúde em 2003 e nos anos seguintes com desenvolvimento de conferências temáticas, deflagradas pela direção nacional do SUS, como exemplo: saúde bucal, saúde do trabalhador, gestão do trabalho, assistência farmacêutica, entre outras.

Com o advento da **12.ª Conferência Nacional de Saúde** em 2003, foram apontadas novas deliberações visando a consolidação do **controle social**. Ao longo dos anos que sucederam a última reformulação da composição do conselho, em 1991, diversas discussões apontaram para necessidade de ajustes na sua estrutura, resguardando o caráter paritário entre os segmentos que o compõem e os critérios de representatividade, garantindo também, o exercício das funções da presidência mediante processo eletivo entre seus membros. No ano de 2005, essas medidas

foram efetivadas através da Resolução CMS n.º 17 de 22/06/2005.

Todas essas iniciativas, associadas ao fortalecimento dos movimentos sociais, legitimamente organizados, visam ampliar os canais de **participação do cidadão** nas discussões e condução do Sistema. Ressalte-se como prioridade, a efetivação dos **conselhos gestores locais e distritais**, manutenção de programa de capacitação permanente para exercício das funções de controle social, legitimando e ampliando o processo de discussão junto à comunidade. Outro canal importante de comunicação entre a gestão e a sociedade diz respeito à instalação do **Sistema Municipal de Ouvidoria** que está prevista para o ano de 2007, oportunizando a população interagir com a direção municipal, fortalecendo os vínculos e favorecendo mudanças.

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

O **Código Sanitário Municipal**, criado em 1991, foi o primeiro código público do Estado do Rio Grande do Norte, fundamentado nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/8142 e também no Código de Defesa do Consumidor. Modificado em 1999, incorporou as diretrizes da NOB/96 e atualmente está em processo de revisão para adequar-se aos novos dispositivos regulamentares, definidos e pactuados entre as instâncias colegiadas do SUS.

Em se tratando da estruturação do Sistema Único de Saúde, a SMS é gestora da política de saúde no âmbito da Capital, atendendo ao disposto na Legislação, em especial, ao que preconiza a Constituição Federal (art. 196 ao 200) e legislação



suplementar (Leis 8.080 de 19/09/1990 – Lei Orgânica da Saúde e, 8.142 de 28/12/1990 – Dispõe sobre Participação Social e Financiamento do SUS).

Desta forma, constitui-se responsabilidade da SMS, desenvolver a **Política de Saúde no âmbito do Município**, atendendo às necessidades de sua população própria, e ainda, cumprir com os termos do Plano Diretor de Regionalização – PDR e da PPI, instrumentos reguladores da Gestão da Atenção à Saúde no Estado, nos quais se firmam compromissos de atendimento à população referenciada de outros municípios, por sediar a Macrorregional Metropolitana.

Desde sua gênese, a SMS incorporou aos seus quadros **equipes multidisciplinares/multiprofissionais**, na perspectiva de atuar com um Modelo de Atenção Integral à Saúde, percebendo assim, as diversas nuances de intervenção segundo as competências específicas de cada área. Considerando o período de origem da SMS, destaca-se a realização de concursos públicos para provimento efetivo de cargos, bem como de processo de educação continuada, desde a admissão até as necessidades demandadas do próprio serviço.

É importante destacar a relevância de iniciativas do tipo: implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS em 1992, através de instrumento legal, permitindo a valorização dos profissionais atuantes no Sistema Municipal, independente da sua vinculação de esfera administrativa de Governo. Ante as novas perspectivas, faz-se necessário revisão e atualização desses instrumentos, objetivando adequar a estrutura organizacional do processo de trabalho ao novo perfil adotado, derivado das contínuas transformações vivenciadas com a descentralização do SUS.

Em se tratando da sistematização do processo de planejamento, tem-se no

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

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

C o n s t i t u i responsabilidade da gestão municipal a alimentação contínua dos seus bancos de dados e disseminação das informações junto às instâncias competentes para garantias de financiamento do Sistema e também como recurso de avaliação das condições de saúde e da eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas pelo Município.

A avaliação dos indicadores de saúde representa um importante recurso para programação de ações que tenham por finalidade a alteração dos quadros que traduzem as condições de vida da população, examinando criteriosamente os indicadores pactuados, bem como o sucesso das políticas delineadas no Plano Municipal de Saúde e outros instrumentos de gestão.

*Ressalte-se como prioridade, a efetivação dos conselhos gestores locais e distritais...*

## 6 - ANÁLISE EM RELAÇÃO AO FINANCIAMENTO

Considerando o custeio das ações do Sistema Municipal de Saúde, a origem dos recursos pode ser: federal (transferências regulares e automáticas entre o Fundo Nacional e o Fundo Municipal de Saúde sob a forma de incentivos ou remuneração de serviços produzidos e recursos de Convênios), estadual (transferências para cumprimento da Política de Assistência Farmacêutica Básica, dentre outras previstas em atos normativos do MS e Convênios) e recursos próprios, advindos do Tesouro Municipal.

A Emenda Constitucional n.º 029/2000 preconiza a aplicação mínima de 15% de recursos oriundos de receita tributária municipal na área da Saúde, situação esta, acompanhada pelo monitoramento contínuo (caráter semestral/anual) do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Hoje o município do Natal disponibiliza cerca de 15,59% (Dados do Exercício 2004), com vistas a atender a programação orçamentário-financeira anual definida nas Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA, calcadas nos compromissos decorrentes do preceito constitucional e da Missão Institucional.

O processo de elaboração dos orçamentos anuais procura compatibilizar as programações pactuadas em todos os níveis da estrutura da SMS, permitindo uma participação dos atores sócio-políticos, aliando as necessidades das ações e serviços com a disponibilização orçamentária, buscando equilíbrio entre responsabilidades e viabilidades técnico-

operacionais, à luz dos instrumentos normativos pertinentes.

Apresentam-se como fatores dificultadores a estreita vinculação de receitas para ações específicas, a limitação dos seus tetos e valores e a dissociação entre a instância decisória da atribuição dos montantes e aquela que executa a Política de Saúde. Essa situação reduz as possibilidades de incremento de ações e serviços em consonância com as aspirações e necessidades locais, caracterizando uma distinta separação entre o planejamento e programação da atenção à saúde e a programação orçamentária e financeira para efetivação das atividades, uma vez que a definição do quantum de recursos é estabelecida por organismos fora do âmbito do Setor Saúde em todas as esferas administrativas, como o Ministério do Planejamento e Orçamento e a Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Finanças.

Considere-se ainda a morosidade administrativa como fator limitante da melhor alocação de recursos, sendo passível de medidas que tenham como finalidade dotar as estruturas de gestão de mecanismos e instrumentos tecnologicamente compatíveis com complexidade das funções burocráticas estabelecidas em Lei, instrumentalizando também os trabalhadores, através de programas continuados de capacitação e conseqüente valorização do exercício profissional em áreas intermediárias às ações finalísticas do Sistema, tornando a tecno-burocracia mais ágil.



Ao ser citado o tema **Recursos Humanos** o seu conceito é logo remetido ao “contingente de pessoas que trabalham ou prestam serviços para uma determinada organização, empresa ou instituição”. Numa visão ampliada e, considerando que a promoção da saúde necessita de uma participação ativa dos usuários, poder-se-ia dizer que a própria população está incluída nos recursos humanos do setor saúde, pois também faz parte do processo de cuidado.

Desta forma, o significado de Recursos Humanos vai além das funções de cumprimento de atividades de treinamento, capacitação e educação continuada, atividades burocráticas e administrativas ou na elaboração de planos de cargos e salários, variando a sua estrutura de acordo com a complexidade de sua organização.

No caso específico, o setor saúde possui um alto grau de complexidade, decorrente da descentralização das políticas públicas que transferiu para os níveis mais periféricos as decisões e as ações, contribuindo para a construção de um novo papel para as organizações e seus gestores, passando o nível municipal a assumir funções inovadoras, para as quais ainda não possuía experiência acumulada, o que transformou algumas atividades em desafios.

Em julho de 2004 a SMS criou o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, composto de dois setores: Gestão do Trabalho e Gestão da Educação na Saúde. No mesmo ano foi realizado concurso público, ampliando em 565 novos contratados, o número de profissionais. Atualmente, a SMS conta com a seguinte força de trabalho: 2.170 servidores cedidos, 2.514 servidores do quadro efetivo, 1.136 agentes de saúde e 131 contratos temporários, totalizando 5.951 trabalhadores.

O mais novo Departamento já nasceu com missões desafiadoras para a operacionalização da política de gestão de pessoas e de processos, como a construção de um sistema de informação da força de trabalho e de uma rede informatizada com vistas à conectividade; a realização do estudo de dimensionamento de pessoal na rede progressiva de cuidados em saúde; a incorporação de tecnologias e equipamentos que facilitem o trabalho coletivo; a revisão e implementação do plano de cargos, carreira e salários e a implantação de um programa de Educação Permanente para todos os níveis de gestão e atenção, além da desprecarização do trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, Agentes de Endemias e alguns profissionais Médicos.

Vale lembrar que uma decorrência operacional do alargamento conceitual de recursos humanos, foi a inclusão das atividades de Educação em Saúde, que tradicionalmente foi trabalhada na SMS, como um conjunto de informações que a população recebe e deve incorporar aos seus hábitos diários, com a finalidade de garantir que sua vida seja mantida em condições saudáveis. Desta forma manteve-se, por um longo período, um modelo de atuação do educador centrado na doença, condicionando o processo educativo às ações que visavam modificar as práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais de saúde, demonstrando um domínio de caráter coercitivo, evidenciando-se um traço autoritário e prescritivo.

Em julho de 2005 a SMS, através do Núcleo de Educação em Saúde, num processo participativo com integrantes de várias unidades de saúde, reconhece, analisa, reflete e elabora uma proposta da política municipal nesta área. Abrem-se então, perspectivas de congregar a



educação em saúde como instrumento de gestão, em cuja essência deverá incorporar a horizontalidade das práticas, a transversalidade e a escuta a partir de rodas de conversa, numa metodologia problematizadora dos modelos de atenção à realidade local e da gestão de serviços.

Nesta lógica, não se pode deixar de reconhecer a educação popular como instrumento metodológico fundamental para esta reorganização, não se furtando assim à nova tendência de acompanhamento das atividades realizadas na atualidade em todo o território nacional,

o que não se constitui modismo, mas uma conscientização já despertada, incrementada e institucionalizada pela **Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS**.

Ainda se destaca o fomento à integração ensino-serviço, provida pelo desenvolvimento de política de estágio curricular supervisionado mediante convênios com instituições formadoras de profissionais em áreas de interesse da saúde, disponibilizando 79 vagas de estágio.









PARTE III

# C Compromissos da Gestão





## PARTE III. COMPROMISSOS DA GESTÃO

A determinação é como uma lanterna;  
por mais escuro que esteja,  
ela o ajudará a achar o caminho.  
*(autor desconhecido)*

### 1º EIXO- ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

#### OBJETIVO GERAL

Garantir o acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, otimizando, readequando e ampliando a sua oferta, integrando recursos na busca da prevenção, tratamento de doenças e redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.



## 1ª LINHA- ATENÇÃO BÁSICA

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral tendo como eixo estruturante o Programa Saúde da Família, promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde;
- Coordenar os fluxos e contra-fluxos dos usuários adscritos em cada área de atuação;
- Ampliar o acesso com qualificação e humanização da atenção.

**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde da mulher

META	PERÍODO
1 – Garantir exames preventivos do câncer do colo do útero, de modo a cobrir 80% da população feminina usuária do SUS na faixa etária de 25 a 59 anos.	2006-2009
2 – Ampliar a cobertura de mamografia, em mulheres acima de 40 anos, garantindo 1 exame/ano.	2006-2009
3 – Ampliar em 50% a oferta de exames de ultra-sonografia mamária.	2006-2007
4 – Realizar punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.	2006-2007
5 – Manter o planejamento familiar em 100% das unidades.	2006-2009
6 – Garantir acompanhamento do pré-natal ao puerpério a 100% das gestantes cadastradas na rede de serviços, conforme protocolo.	2006-2009
7 – Implantar na rede municipal um serviço de referência em laqueadura e vasectomia.	2007
8 – Evitar a ocorrência de casos de tétano neonatal.	2006-2009
9 – Aumentar em 4% a proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal.	2006-2009



**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde da mulher (continuação)

META	PERÍODO
10 – Aumentar em 3% a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	2006-2009
11 – Reduzir a proporção de partos cesários.	2006-2009
12 – Manter a taxa de mortalidade materna abaixo de 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos.	2006-2009
13– Aumentar em 77% a proporção de óbitos investigados em mulheres de idade fértil.	2006-2009
14 – Aumentar em 50% a razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.	2006-2009
15 – Reduzir em 10% a Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero.	2006-2009
16 – Reduzir em 5% Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Promover o controle da Tuberculose

META	PERÍODO
1. Curar 85% dos casos diagnosticados.	2006
2. Investigar os casos de multiresistência - TBMR em 100% dos casos de falência do tratamento convencional.	2006-2009
3. Reduzir em 16% a proporção de abandono de tratamento.	2006
4. Detectar pelo menos 70% de casos estimados.	2006
5. Reduzir em 3% a incidência de tuberculose pulmonar positiva.	2006-2009
6. Reduzir em 3% a taxa de mortalidade.	2006-2009



**DIRETRIZ:** Promover o controle da Hanseníase

META	PERÍODO
1 – Reduzir em 25% a proporção de abandono de tratamento da hanseníase;	2006-2009
2 – Reduzir em 10% a taxa de detecção de casos de hanseníase.	2006-2009
3 – Aumentar em 10% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados;	2006
4 – Reduzir em 10% a taxa de prevalência da hanseníase;	2006-2009
5 – Reduzir em 7,5% a proporção de grau de incapacidade I e II registrado no momento do diagnóstico.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Promover o controle da Diabetes

META	PERÍODO
1 – Reduzir em 5% a proporção de internações por cetoacidose e coma diabético.	2006-2009
2 – Reduzir em 5% a proporção de internações por diabetes Mellitus	2006-2009
3 – Aumentar a proporção de portadores de Diabetes Mellitus, com 40 anos ou mais, cadastrados	2006-2009

**DIRETRIZ:** Promover o controle da Hipertensão

META	PERÍODO
1 – Reduzir em 5% a taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC) em pessoas com idade maior ou igual a 40 anos.	2006-2009
2 – Reduzir em 2% a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares em pessoas com idade maior ou igual a 40 anos.	2006-2009
3 – Reduzir em 4 % a taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) em pessoas com idade maior ou igual a 40 anos	2006-2009
4 – Aumentar a proporção de portadores de Hipertensão, com 40 anos ou mais, cadastrados.	2006-2009



**DIRETRIZ:** Aprimorar e qualificar a Atenção Básica

META	PERÍODO
1 – Realizar estudo de territorialização em 100% das unidades de saúde da família.	2006-2007
2 – Promover adequação física em 100% das unidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na perspectiva da ambiência saudável.	2006-2007
3 – Implantar instrumento de avaliação em 100% das unidades básicas.	2006-2009
4 – Implantar os protocolos assistenciais já elaborados em 100% das unidades.	2006
5- Elaborar protocolos assistenciais para áreas estratégicas, definidas pela gestão.	2006-2009
6 – Expandir as equipes da ESF para cobrir 77% da população do Município.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Implementar a política de atenção à saúde da população carcerária nas delegacias de Natal.

META	PERÍODO
1 – Disponibilizar atendimento a 70% da população carcerária nas delegacias, junto aos serviços municipais de saúde.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Prevenir e controlar a AIDS e as doenças sexualmente transmissíveis

META	PERÍODO
1 – Reduzir em 2% a incidência do HIV-AIDS.	2006-2007
2 - Garantir o apoio laboratorial para testagem do HIV em 100% da demanda existente.	2006-2007
3 - Implantar centro de testagem e aconselhamento-CTA municipal para triagem sorológica e hepatites virais.	2006-2007



**DIRETRIZ:** Implementar a política de promoção à saúde

META	PERÍODO
1- Ampliar para 100% o numero de unidades básicas de saúde que trabalham com grupos operativos na perspectiva da adoção de hábitos de vida saudáveis.	2006-2008
2 – Implantar, enquanto política institucional, a prática da terapia comunitária.	2006-2008
3 – Implantar o programa da unidade livre do fumo em 100% da rede municipal de saúde.	2006-2007
4 – Implantar o Programa Natal em Movimento nos 5 distritos sanitários.	2006-2009
5 – Implantar o Programa Radiofônico Saúde no Ar para divulgação de praticas de vida saudáveis.	2007
6 – Aumentar para 77% a proporção da população coberta pela (ESF).	2006-2009
7 – Aumentar para 2 consultas/habitante a média anual de consultas médicas/habitante nas especialidades básicas.	2006-2009
8 – Aumentar em 8% a média anual de visitas domiciliares por família.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde da criança

META	PERÍODO
1 – Reduzir em 10% a taxa de mortalidade infantil	2006-2009
2 – Reduzir em 10% a taxa de mortalidade neonatal	2006-2009
3 – Reduzir em 3% a taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda - IRA em menores de 5 anos de idade	2006-2009
4 – Reduzir em 10% a Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer	2006-2009
5 – Aumentar em 2% a cobertura de aleitamento materno, para crianças menores de 4 meses, cadastradas no Sistema de Informações de Atenção Básica – SIAB.	2006-2009
6 – Reduzir em 10% a Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas.	2006-2009



**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde da criança (continuação)

META	PERÍODO
7 – Reduzir a taxa de internação por Doenças Diarréicas Agudas – DDA em menores de 5 anos de idade	2006-2009
8 – Disponibilizar vitamina A em 100% das unidades de saúde do município para crianças de 6 a 59 meses.	2006-2009
9 – Implantar o programa de suplementação do ferro em criança de 6 a 59 meses, em 100% das unidades do Município.	2006-2009
10 – Garantir que 60% das crianças inseridas no programa bolsa família sejam acompanhadas nos programas das unidades de saúde.	2006-2009
11 – Garantir o acesso ao programa de combate e controle das carências nutricionais às gestantes e crianças em risco nutricional.	2006-2009
12 – Implantar o protocolo de atenção à criança até 24 meses com intolerância à lactose e à proteína do leite	2006-2009
13 – Garantir a distribuição da caderneta de saúde da criança em 100% das crianças nas maternidades.	2006-2009
14 – Garantir em 100% das maternidades da rede pública municipal o acesso ao registro civil da criança	2006-2009

**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde do adolescente

META	PERÍODO
1 – Implantar o cartão do adolescente na rede básica do Município.	2006-2007
2 – Implantar, de forma intersetorial e integrada, a política municipal de saúde do adolescente.	2006-2007
3 – Reduzir em 4% a gravidez na adolescência.	2006-2009



**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde do idoso

META	PERÍODO
1 – Garantir o acolhimento preferencial ao idoso respeitando a classificação de risco em 100% nas unidades de saúde.	2006-2009
2 – Priorizar a remoção do idoso em risco nos programas de remoção especial.	2006-2009
3 – Implantar o programa de atenção ao portador de doenças de Alzheimer e Mal de Parkinson.	2006-2007
4 – Implantar protocolo de atenção ao idoso em 100% da rede municipal de saúde.	2006-2007
5 – Garantir acompanhamento, dentro de um projeto terapêutico integral, a 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na rede de serviços.	2006-2009
6 - Reduzir em 10% a proporção de internação por diabetes em idosos.	2006-2009
7 – Reduzir em 5% a taxa de mortalidade de câncer de próstata em idosos.	2006-2009



## 2ª LINHA- ATENÇÃO ESPECIALIZADA

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar o acesso, à oferta de tecnologia de maior complexidade, regulando a sua incorporação a partir de critérios de necessidades, eficiência, eficácia, efetividade e qualidade técnico científica.
- Reorganizar a atenção especializada, a partir da redefinição do perfil assistencial da rede de serviços de apoio à atenção básica, visando garantir a integralidade da assistência.

**DIRETRIZ:** Reorganizar a atenção hospitalar

META	PERÍODO
1 – Elaborar um plano operativo para redimensionamento da capacidade instalada da rede hospitalar credenciada ao SUS.	2006-2009
2 – Caracterizar e definir o perfil assistencial do hospital público em função das necessidades epidemiológicas, demográficas e de características regionais.	2006-2009
3 – Regular os leitos da rede hospitalar credenciada ao SUS.	2006-2009
4 – Implantar o Programa de Humanização na Atenção Hospitalar.	2006-2009
5 – Implantar o Comitê de Monitoramento de Controle da Infecção Hospitalar.	2007-2009
6 – Firmar Termo de Cooperação entre Entes Públicos com todos os hospitais públicos estaduais.	2006-2009



**DIRETRIZ:** Promover o apoio diagnóstico

META	PERÍODO
1- Implantar os serviços de referência em microbiologia na rede pública municipal.	2006-2007
2 – Implantar em 100% dos laboratórios distritais a realização de exames de baciloscopia para tuberculose.	2006-2007
3 – Garantir os exames de Patologia Clínica Genotipagem (Biologia Molecular).	2006-2009
4 – Disponibilizar software, agilizando a emissão de resultados de exames laboratoriais na rede pública municipal.	2006-2007
5 – Implantar a rede laboratorial.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Reorganizar a atenção ambulatorial em média e alta complexidade

META	PERÍODO
1 – Garantir o acesso aos procedimentos de média complexidade referenciando, preferencialmente, para as policlínicas distritais.	2006-2009
2 – Assumir o comando único na gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial.	2007
3 – Implantar no município a política de complexidade, priorizando os protocolos já instituídos pela direção nacional do SUS.	2006-2009
4 – Redefinir o perfil assistencial das policlínicas distritais em resposta às demandas oriundas da Programação Pactuada e Integrada e quadro epidemiológico.	2006-2009
5 – Implantar o serviço de pequenas cirurgias nas 4 policlínicas distritais, garantindo a infra-estrutura necessária para operacionalização das atividades.	2006-2009



**DIRETRIZ:** Fomentar o desenvolvimento tecnológico.

META	PERÍODO
1 - Inserir nos fóruns institucionais já existentes conteúdos relacionados à ciência, tecnologia e inovações na área de saúde.	2006-2029
2 - Implantar uma Central de Esterilização em cada Distrito Sanitário.	2006-2009
3 – Fortalecer a resolutividade tecnológica em 100% das policlínicas distritais.	2006-2009
4 – Implementar o apoio diagnóstico por imagem nas policlínicas distritais.	2006-2007



### 3ª LINHA- REDES ESTRATÉGICAS

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantir a adoção de linhas de cuidado na atenção integral à saúde bucal e mental, à pessoa com deficiência, à saúde do trabalhador e às pessoas submetidas às situações de violência.
- Implementar a rede de atenção às urgências e emergências, propiciando o acolhimento adequado, com triagem classificatória de risco e a humanização do atendimento.

**DIRETRIZ:** Implementar a rede da atenção em saúde mental

META	PERÍODO
1 – Implementar o projeto de apoio matricial em saúde mental às unidades básicas em 100% da rede.	2006-2009
2 – Ampliar em 100% os leitos psiquiátricos em hospital geral.	2006-2009
3 – Implantar o projeto das oficinas itinerantes de arte e saúde mental.	2006-2009
4 – Ampliar a rede de saúde mental, em 100%.	2006-2009
5 – Reestruturar 50% dos serviços de saúde mental existentes.	2006-2009
6 – Criar leitos de observação para urgência psiquiátrica nos pronto-atendimentos.	2006-2009
7 – Qualificar o SAMU para atendimento às urgências psiquiátricas.	2006-2007
8 – Implantar assistência terapêutica aos dependentes das drogadições diversas.	2006-2009
09 – Reduzir a proporção de pessoas com 20 anos ou mais atendidas na rede básica que utilizam Benzodiazepínicos	2006-2009





**DIRETRIZ:** Implantar linha de cuidado às pessoas submetidas às situações de violência e outros agravos

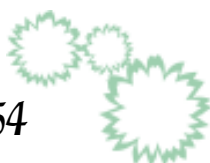
META	PERÍODO
1 – Implantar um núcleo de prevenção da violência e promoção à saúde por distrito sanitário.	2006-2008
2 – Implantar a notificação compulsória de casos de violência e outros agravos em 100% das unidades de saúde.	2006-2007
3 – Garantir o atendimento de 100% dos casos notificados de situações de violência e outros agravos em uma rede progressiva de cuidados em saúde.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Implantar rede de assistência à saúde à pessoa com deficiência - PCD

META	PERÍODO
1 – Implementar o acolhimento das pessoas com deficiência em 100% das Unidades de Saúde em todos os níveis de atenção.	2006-2009
2 – Implantar 4 unidades de reabilitação no nível intermediário.	2006-2007
3 – Garantir a acessibilidade física às pessoas portadoras de deficiência em 100% dos prédios que compõem o sistema municipal de saúde.	2006-2008
4 – Implantar triagem em Oto-emissões acústicas em todos os nascidos vivos nas maternidades da Rede Municipal de Saúde.	2006-2007

**DIRETRIZ:** Implantação da rede de saúde do trabalhador

META	PERÍODO
1 – Implantação de rede sentinela para notificação dos agravos em saúde do trabalhador pelo SINAN, segundo portaria nº 777 de 2004.	2006-2007
2 – Promover a capacitação de 100% das equipes da atenção básica e saúde da família para a detecção dos agravos à saúde do trabalhador, de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e CEREST.	2006-2009
3 – Garantir o apoio diagnóstico nas patologias ocasionadas pelas atividades laborais.	2006-2009



**DIRETRIZ:** Implementar a rede de atenção integral em saúde bucal

META	PERÍODO
1 – Ampliar o número de equipe de saúde bucal na proporção de 1 odontólogo para cada equipe de PSF.	2006-2007
2 – Implantar e implementar o protocolo integrado em saúde bucal em 100% da rede municipal	2006-2008
3 – Garantir a manutenção preventiva e corretiva de 100% dos equipamentos odontológicos.	2006-2009
4 – Garantir a distribuição de kits de higiene bucal para a população assistida na estratégia saúde da família para efetivação dos procedimentos preventivos coletivos.	2006-2009
5 – Capacitar 100% dos profissionais de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família de acordo com a nova política adotada.	2006-2009
6 – Aumentar em 5% a cobertura de primeira consulta odontológica programática.	2006-2009
7 – Aumentar em 10% a cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	2006-2009
8 – Aumentar em 10% a média de procedimentos odontológicos básicos individuais.	2006-2009
9 – Aumentar em 5% a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.	2006-2009
10 – Reduzir em 5% a proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.	2006-2009

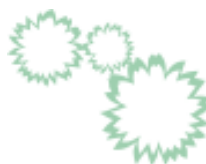
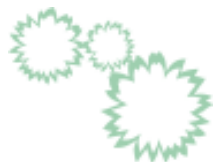


**DIRETRIZ:** Implementar o atendimento às Urgências e Emergências (serviços pré-hospitalar fixo e móvel)

META	PERÍODO
1 – Criar, nos 4 pronto-atendimentos, a urgência psiquiátrica.	2006-2009
2 – Definir o perfil e implantar a rede integrada de atenção às urgências/emergência no município de Natal.	2006-2007
3 – Garantir leitos de urgência e emergência na rede hospitalar credenciada ao SUS, de acordo com a especialidade.	2006-2007
4 – Integrar a central de regulação ao serviço móvel de urgência e emergência e as demais portas de entrada.	2006-2007

**DIRETRIZ:** Desenvolver política de intervenção integrada frente às situações de calamidades e desastres naturais.

META	PERÍODO
1 – Promover a mobilização de equipes técnicas do setor saúde em 100% dos eventos de calamidades e desastres naturais	2006-2009



## 4ª LINHA- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### OBJETIVO ESPECÍFICO

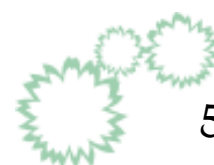
- Garantir ao usuário do SUS o acesso ao medicamento seguro e eficaz, otimizando todo o processo de disponibilização de insumos farmacêuticos.

**DIRETRIZ:** Implementar a Política Municipal de Assistência Farmacêutica

META	PERÍODO
1 – Selecionar o elenco e padronizar 100% dos medicamentos disponibilizados na rede pública de saúde do Município.	2006-2007
2 – Garantir o medicamento para 100% dos usuários portadores de patologia dos programas estratégicos.	2006-2009
3 – Informatizar o ciclo logístico de assistência farmacêutica.	2006-2007
4 – Garantir a disponibilização de 100% de medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos médicos hospitalares necessários à atenção básica.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Prevenir e controlar a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis.

META	PERÍODO
1 – Garantir a 100% dos portadores de HIV/AIDS os medicamentos específicos em caráter complementar àqueles fornecidos pelo nível federal.	2006-2009
2 – Duplicar o quantitativo de preservativos colocados à disposição da população do Município.	2006-2009
3 – Prover as condições necessárias a ampliação de 30% dos exames diagnósticos para HIV.	2006-2009



**DIRETRIZ:** Controlar a tuberculose e eliminar a hanseníase

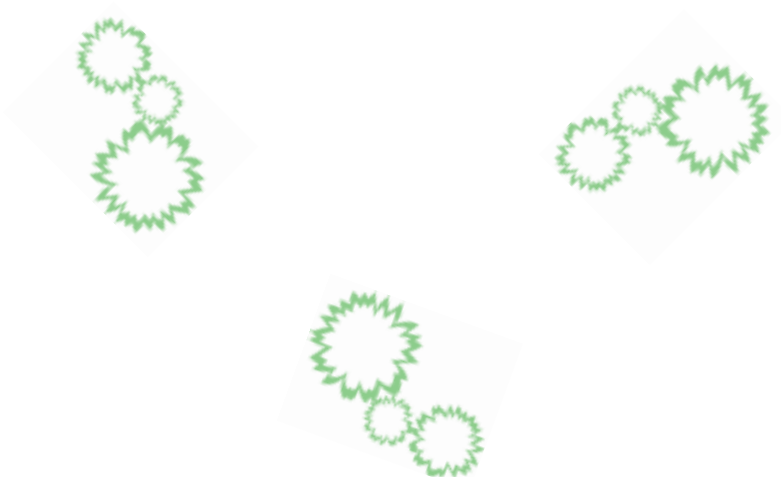
META	PERÍODO
1 – Garantir medicamentos que complementem o tratamento de 100% das pessoas portadoras de tuberculose e hanseníase	2006-2009

**DIRETRIZ:** Adotar linhas de cuidado na atenção integral à saúde da criança

META	PERÍODO
1 – . Garantir, após triagem e dentro da padronização local, a disponibilidade de 100% do suporte terapêutico às alergias alimentares.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde da mulher.

META	PERÍODO
1 – Garantir insumos, medicamentos e materiais médico-hospitalares necessários a realização dos procedimentos diagnósticos e de tratamento em ginecologia e obstetrícia a 100% das pacientes atendidas na rede pública municipal.	2006-2009



“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

*(Leonardo da Vinci)*

## 2º EIXO- VIGILÂNCIA À SAÚDE

### OBJETIVO GERAL

Prevenir e controlar danos, perigos e agravos à saúde coletiva, através do monitoramento dos fatores de riscos oriundos da produção e consumo de bens e serviços do meio ambiente (água, ar, solo e desastres naturais), das zoonoses e da transmissão de doenças que sejam alvo de controle da vigilância à saúde.

## 1ª LINHA- VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Controlar riscos oriundos da produção e consumo de bens e serviços, meio ambiente, inclusive os ambientes de trabalho, buscando a melhoria da qualidade de vida da população.
- Reduzir as taxas de morbimortalidade por doenças e fatores de risco relacionados ao meio ambiente, diminuindo danos à saúde individual e coletiva.

**DIRETRIZ:** Prevenir e controlar riscos sanitários relativos aos produtos, serviços, saúde ambiental e ambientes de trabalho

META	PERÍODO
1 – Atualizar o cadastro de 100% dos estabelecimentos sujeitos à ação da Vigilância sanitária.	2006-2009
2 – Investigar 100% dos surtos e eventos adversos notificados nas diversas áreas de atuação da VISA	2006-2009
3 – Inspeccionar 100% das Indústrias de Alimentos e Serviços de Comissaria.	2006-2009
4 – Inspeccionar no mínimo, 20% do comércio de alimentos ao ano.	2006-2009
5 – Realizar trabalho educativo em 100% das feiras livres cadastradas na Secretaria Municipal de Serviços Urbanos - SEMSUR.	2006-2009
6 – Cadastrar, ao ano, 20% dos veículos que transportam alimentos.	2006-2009
7 – Cadastrar, no mínimo, 20% dos produtores artesanais de produtos de origem vegetal, ao ano.	2006-2009
8 – Inspeccionar 100% dos serviços de saúde e estabelecimentos farmacêuticos de alta complexidade.	2006-2009
9 – Inspeccionar 60% dos Laboratórios de Análises Clínicas e 50% dos postos de coleta pertencentes a rede pública e privada de saúde.	2006-2009
10 – Inspeccionar, no mínimo, 40% das drogarias e ervanárias.	2006-2009



**DIRETRIZ:** Prevenir e controlar riscos sanitários relativos aos produtos, serviços, saúde ambiental e ambientes de trabalho (continuação)

META	PERÍODO
11 – Inspeccionar ao ano 20% dos estabelecimentos de cosméticos, saneantes e produtos domissanitários.	2006-2009
12 – Inspeccionar 100% das Unidades da Rede Assistencial da SMS.	2006-2009
13 – Inspeccionar 100% das Unidades Hospitalares e dos Serviços de média e alta complexidade.	2006-2009
14 – Inspeccionar 70% das óticas, clínicas e consultórios médicos e paramédicos.	2006-2009
15 – Realizar 1 evento educativo-informativo ao ano, com profissionais dos setores de interesse da vigilância sanitária.	2006-2009
16 – Inspeccionar 100% dos estabelecimentos de controle de pragas e vetores, Estações Rodoviárias e Ferroviárias.	2006-2009
17 – Inspeccionar, ao ano, 50% dos serviços de lavanderias, hotéis e pousadas, motéis, clubes e piscinas de uso coletivo.	2006-2009
18 – Inspeccionar, ao ano, 40% dos estabelecimentos de ensino fundamental.	2006-2009
19 – Inspeccionar ao ano 10% dos serviços de borracharias, sucatarias, oficinas, condomínios e congêneres.	2006-2009
20 – Inspeccionar, ao ano, 20% de outros estabelecimentos cadastrados na área de meio ambiente.	2006-2009
21 – Realizar o controle da qualidade da água em 100% dos estabelecimentos inspecionados pela VISA	2006-2009
22 – Realizar ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho em 30% dos estabelecimentos constantes da Programação Pactuada Integrada –VS	2006-2009
23. Realizar 1 capacitação ao ano com os técnicos da VISA em áreas de interesse.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Regular a ação da vigilância de produtos, serviços e ambientes, com a incorporação de novas tecnologias.

META	PERÍODO
1 – Revisar o conjunto de regulamentos técnicos, das ações e instrumentos de controle sanitário	2006-2009





## 2ª LINHA- VIGILÂNCIA AMBIENTAL

### OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar e monitorar fatores de riscos não biológicos relacionados à contaminantes ambientais e qualidade da água para consumo humano, ar, solo e desastres naturais, de forma a minimizar os riscos de doenças decorrentes da exposição aos mesmos.

**DIRETRIZ:** Implantar e implementar ações de vigilância ambiental para o controle da água para consumo humano, solo, ar e desastres naturais.

META	PERÍODO
1 – Cadastrar 100% das fontes de abastecimento de água para consumo humano.	2006-2009
2 – Realizar o monitoramento da qualidade da água para consumo humano em 100% dos sistemas de abastecimento de acordo com os parâmetros estabelecidos na diretriz nacional.	2006-2009
3 – Implantar a Vigilância em Saúde de populações expostas à contaminação do solo.	2007
4 – Implantar o Programa de Vigilância da Qualidade do Ar.	2008
5 – Implantar o Programa de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Decorrentes dos Desastres Naturais.	2007
6 – Desenvolver programa de incentivo a coleta seletiva, reutilização de resíduos sólidos e implantação de hortas orgânicas em 20 escolas do Município, Residência Terapêutica e demais unidades de saúde.	2007-2009



### 3ª LINHA- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, considerando as diversidades locais e regionais.

**DIRETRIZ:** Prevenir e controlar as doenças imunopreveníveis

META	PERÍODO
1 – Manter erradicada a transmissão da Poliomielite.	2006-2009
2 – Evitar a ocorrência de casos de sarampo.	2006-2009
3 – Assegurar índices de cobertura vacinal de pelo menos 95% em relação às vacinas do calendário básico: pólio, tetravalente, hepatite B, tríplice viral, Rotavirus, bem como 90% para BCG.	2006-2009
4 – Prevenir a ocorrência de Tétano Neonatal, mantendo a cobertura vacinal de mulheres em idade fértil em 60% e 100% em gestantes não vacinadas anualmente.	2006-2009
5 – Manter a cobertura vacinal contra Hepatite B em 60% da população menor de 20 anos e grupos de risco não vacinados	2006-2009
6 – Vacinar anualmente, cerca de 70% da população com 60 anos e mais, contra influenza.	2006-2009



**DIRETRIZ:** Controlar as doenças transmissíveis

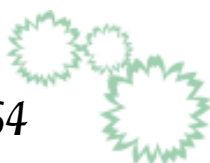
META	PERÍODO
1 – Notificar 100% dos casos suspeitos de Doenças de Notificação Compulsória – DNC, junto aos estabelecimentos de saúde públicos e privados.	2006-2009
2 – Encerrar oportunamente 68% das investigações de doenças de notificação compulsória, exceto dengue.	2006-2009
3 – Investigar 70% de casos de doenças transmitidas por alimentos e água.	2006-2009
4– Confirmar laboratorialmente pelo menos 38% dos casos de Meningite Bacteriana/ano.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Monitorar os agravos de relevância epidemiológica

META	PERÍODO
1- Monitorar 70% dos casos de Doenças Diarréicas Agudas/ano.	2006-2009
2 – Implementar a Vigilância Sentinela da Influenza.	2006-2009
3 – Implantar a Vigilância Epidemiológica da Sífilis em gestantes.	2006-2009
4 – Investigar e monitorar 70% dos óbitos de mulheres em idade fértil por ano.	2006-2009
5 – Implementar a Vigilância epidemiológica do HIV/AIDS, investigando 100% dos casos notificados e monitorando 100% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Estruturar a vigilância à saúde para responder às urgências e emergências de vigilância epidemiológica.

META	PERÍODO
1 – Implantar no nível central, unidade de Resposta Imediata em regime de 24h, visando o fortalecimento da capacidade de detecção oportuna, investigação e resposta frente às emergências epidemiológicas.	2006-2007

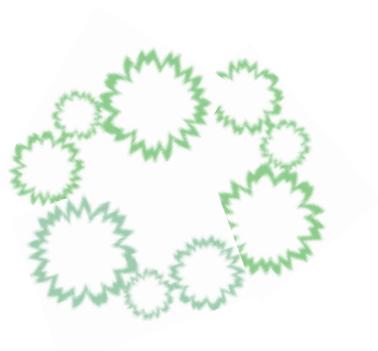


**DIRETRIZ:** Alimentar e manter atualizados os sistemas de informação da vigilância epidemiológica

META	PERÍODO
1 – Manter a cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade em pelo menos 95% dos óbitos de residentes no Município, baseado no parâmetro de 4 óbitos/mil habitantes.	2006-2009
2 – Manter abaixo de 3% o percentual de óbitos com causa básica mal definida em relação ao total de óbitos notificados.	2006-2009
3 – Cadastrar 100% de Nascidos Vivos no sistema de informação de nascidos vivos - SINASC.	2006-2009
4 – Alimentar semanalmente os bancos de dados do SINAN junto a SESAP/RN.	2006-2009
5 – Alimentar mensalmente o banco de dados SI-API da SMS para a SESAP/RN.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Controlar as doenças não transmissíveis

META	PERÍODO
1 – Implantar serviço de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis.	2006
2 – Monitorar as doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência no Município.	2006-2009



## 4ª LINHA- CONTROLE DE ZONOSSES

### OBJETIVO ESPECÍFICO

- Realizar ações voltadas à promoção, prevenção e o controle das zoonoses urbanas e outros agravos correlacionados, além de promover a defesa e o bem-estar animal.

**DIRETRIZ:** Prevenir e controlar as zoonoses e agravos produzidos por animais e demais vetores urbanos

META	PERÍODO
1 – Prevenir e controlar a Leishmaniose Visceral em 100% das áreas de risco.	2006-2009
2 – Prevenir e Controlar a Esquistossomose em 100% das áreas endêmicas.	2006-2009
3 – Prevenir e controlar a raiva (hibrofobia) em 100% dos bairros do município do Natal.	2006-2009
4 – Prevenir os agravos provocados por animais peçonhentos e controlar sua proliferação em 100% das áreas de risco.	2006-2009
5 – Prevenir e controlar em 100% as doenças e agravos transmitidos por roedores.	2006-2009
6 – Controlar vetores em 100% das áreas endêmicas.	2006-2009
7 – Reduzir a menos de 1% o índice de infestação predial de aedes Aegypti nos bairros da cidade.	2006-2009
8 – Reduzir o número de casos notificados a cada ano em pelo menos 50%.	2006-2009
9 – Reduzir em 100% a morbidade ou letalidade por febre hemorrágica.	2006-2009
10 – Reduzir o índice de pendência de visitas sanitárias em imóveis não trabalhados para 10%.	2006-2009
11 – Controlar a população de “Caramujo africano” (Achatina fulica) em 100% das áreas afetadas.	2006-2009



Para ser grande, sê inteiro:  
nada teu exagera ou exclui  
Sê todo em cada coisa.  
Põe quanto és no mínimo que fazes.  
*(Fernando Pessoa)*

## 3º EIXO- GESTÃO EM SAÚDE

### OBJETIVO GERAL

Fortalecer a capacidade de gestão pública no âmbito da saúde, de forma a potencializar o conjunto de recursos disponíveis na prestação de serviços, otimizando e ampliando a estrutura física e tecnológica para a qualificação da atenção, atuando de forma integrada e participativa com órgãos afins e organismos de controle social.

## 1ª LINHA- GESTÃO DE PESSOAS

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar uma política de valorização dos trabalhadores em saúde, tomando como eixo orientador a humanização e qualificação no trabalho, fortalecendo e aperfeiçoando a gestão do SUS.
- Garantir a capacitação permanente da força de trabalho da saúde, aprimorando a qualificação da assistência às pessoas

**DIRETRIZ:** Fortalecer a gestão do trabalho no SUS.

META	PERÍODO
1 – Realizar um censo do servidor na perspectiva de elaborar diagnóstico situacional da força de trabalho em saúde.	2006-2007
2 – Realizar concurso público de acordo com a necessidade da rede de serviços.	2006-2007
3 – Organizar 100% da rede progressiva de cuidados na saúde a partir do perfil técnico-assistencial da instituição.	2006 -2007
4 – Revisar e implementar o Plano de Carreira, Cargos e Salários para todos os servidores.	2006-2007
5 – Implantar o Regimento da SMS com atribuições dos departamentos, setores e núcleos, definindo perfil do corpo gerencial.	2006
6 – Implementar e fortalecer a mesa de negociação permanente para o trabalho em saúde.	2006 - 2009



**DIRETRIZ:** Implantar programa de educação permanente e qualificação do trabalho em saúde

META	PERÍODO
1 – Implantar política de educação permanente para o trabalho em saúde.	2006-2007
2 – Implantar política de integração ensino/serviço.	2006-2007
3 – Capacitar 50% dos profissionais/ano em áreas técnicas específicas.	2006-2009
4 – Implantar programa de residência integrada em saúde nas áreas de formação de interesse da saúde pública.	2006-2007

**DIRETRIZ:** Desenvolver e modernizar a atuação gerencial

META	PERÍODO
1 – Estruturar serviço de acolhimento ao trabalhador em saúde.	2007
2 – Revisar, implementar e monitorar fluxograma para processos administrativos.	2007
3 – Elaborar cartilha de direitos e deveres do servidor.	2007
4 – Implantar e implementar política de avaliação institucional do trabalhador em saúde.	2007- 2008
5 – Estruturar sistema de informação, contendo banco de dados dos trabalhadores do SUS Municipal.	2007
6 – Revisar a cada biênio, dispositivos regulamentares da estrutura organizacional da SMS.	2008





## 2ª LINHA- GESTÃO DE PROCESSOS

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão municipal e aprimorando os processos de negociação e pactuação, atendendo às necessidades e demandas locais.
- Fomentar o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando a promoção à saúde através da informação, educação e comunicação, fortalecendo o processo participativo e co-responsável.
- Monitorar, avaliar e controlar o desenvolvimento da Política Municipal de Saúde, através de metodologias que favoreçam o redimensionamento do processo de trabalho.

**DIRETRIZ:** Fortalecer a gestão descentralizada do SUS.

META	PERÍODO
1 – Redefinir normas e protocolos administrativos da SMS, atribuindo maior fluidez de informações e agilizando a tomada de decisões.	2006 – 2009
2 – Promover qualificação em gestão participativa para o Conselho Municipal, Conselhos Gestores e Administradores em 100% dos Distritos Sanitários e Unidades de Saúde.	2006 - 2009
3 – Implementar os Conselhos Gestores locais e distritais.	2006 - 2007
4 – Dotar a estrutura gerencial dos 5 Distritos Sanitários de condições técnicas e operacionais, tornando-os ágeis e resolutivos.	2006 - 2009



**DIRETRIZ:** Aprimorar as instâncias e processos de participação social, instrumentalizando o cidadão e profissionais na defesa do SUS.

META	PERÍODO
1 – Implantar o Sistema Municipal de Ouvidoria em Saúde.	2007
2 – Criar e distribuir manual do usuário, atendendo, em especial, a população que utiliza os serviços públicos municipais de saúde.	2006-2009
3 – Criar um sistema informativo, enquanto ambiente virtual de interatividade entre a gestão, técnicos e usuários.	2007
4 – Realizar a 5ª Conferência Municipal de Saúde, articulando as discussões a partir de plenárias distritais.	2007
5 – Desenvolver programa básico de capacitação para profissionais integrantes de veículos de comunicação popular (rádios comunitárias, jornais de bairro, etc.).	2007

**DIRETRIZ:** Implantar rede de informações para a gestão do SUS e atenção integral à saúde.

META	PERÍODO
1 – Informatizar 100% das unidades de saúde.	2006-2007
2 – Efetivar um sistema de comunicação informatizado (conectividade) entre as unidades e o nível distrital e central da SMS.	2006
3 – Implementar o cartão SUS através do cadastramento e processamento dos dados de 100% da população do Município.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Qualificar e humanizar a atenção e a gestão em saúde.

META	PERÍODO
1 – Implementar e qualificar o Comitê Municipal de Humanização.	2006
2 – Implantar o Núcleo de Acolhimento ao Servidor no Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – DGTES.	2007
3 – Criar Grupo de Trabalho de Humanização em 100% das unidades de saúde.	2006-2007
4 – Implantar acolhimento com classificação de risco nos 5 Pronto-atendimentos.	2006-2007

**DIRETRIZ:** Fortalecer o processo de educação popular em saúde com a prática da gestão participativa

META	PERÍODO
1 – Criar fóruns eventuais e permanentes, fomentando discussões temáticas referentes às questões de vida e saúde, com caráter intersectorial nos níveis local, regional e municipal.	2006-2009
2 – Implantar em 30% das escolas municipais do ensino fundamental o programa de agentes mirins.	2006-2009
3 – Efetivar a Política de Educação Popular em Saúde, garantindo recursos materiais, tecnológicos e metodológicos, envolvendo profissionais qualificados e representantes do segmento de usuários do SUS.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Estimular a formação de consciência sanitária em vigilância à saúde.

META	PERÍODO
1 – Implantar ação educativa em 10% dos estabelecimentos em atividades físicas e escolas enfocando o uso de anabolizantes, medicamentos em geral, drogas abortivas e ilícitas.	2006-2009
2 – Criar e manter canais de comunicação de massa, abordando, principalmente, temas associados à vigilância à saúde (coluna no jornal, programa de rádio e página na WEB).	2006-2009
3 – Promover mecanismos de disseminação ampla, rápida e sistemática junto à sociedade, de informações de interesse da saúde pública, principalmente comunicações de risco, esclarecimentos sanitários e outros.	2006-2009

**DIRETRIZ:** Monitorar, avaliar e controlar as ações desenvolvidas no SUS.

META	PERÍODO
1. Constituir comissão permanente de avaliação da Política Municipal de Saúde.	2006-2007
3. Capacitar 100% dos profissionais da rede municipal em informática.	2006-2009
4. Oferecer treinamento de ingresso a todos os recém-contratados incluindo a temática integrante da Política Municipal de Saúde em sua totalidade.	2006-2009



### 3ª LINHA - INVESTIMENTO EM SAÚDE

#### OBJETIVO ESPECÍFICO

- Institucionalizar uma política de economia na saúde, com a perspectiva de financiamento equitativo e eficiente do sistema, controlando custos propiciando a discussão compartilhada de orçamento e investimento, redimensionando a prática de gestão.

**DIRETRIZ:** Instrumentalizar a gestão para desenvolver ações de investimento e custeio do Sistema Municipal de Saúde

META	PERÍODO
1. Elaborar Plano Diretor de Investimento em Saúde	2006
2. Criar Comitê Municipal de Monitoramento de Investimento em Saúde – CMIS.	2006-2007
3. Realizar estudo econométrico das ações desenvolvidas na Assistência a Saúde para redimensionar a distribuição de recursos no SUS Municipal.	2006-2009
4. Desenvolver política de economia na saúde a partir da priorização de investimento, de forma participativa, visando à equidade e eficiência do sistema.	2006-2009
5. Implantar sistema de controle de custos na SMS.	2006-2007
6. Garantir uma política de aplicação de recursos específicos para as ações de promoção à saúde.	2006-2009
7. Aumentar em 70% os investimentos em despesa de capital, prevendo ampliação e reforma de unidade, substituição de imóveis alugados por próprios e de equipamentos obsoletos por novos recursos tecnológicos.	2006-2009
8. Criar e estruturar o laboratório municipal de VISA	2007-2008
9. Informatizar 100% os laboratórios da rede e automatizar 100% dos laboratórios de referências distritais.	2006-2009







**PARTE IV**

*M* **Monitoramento e Avaliação**





## PARTE IV. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

“A função precípua do monitoramento da intervenção planejada é de oferecer informações que subsidiem a gestão, identificando ora os fatores que a facilitam, ora aqueles que a restringem e deve enfatizar seu objetivo de instrumentalizar a função gerencial.”

(Teixeira 1999)

A implantação do Plano Municipal de Saúde se dará com um amplo processo de mobilização de profissionais, gestores e usuários do SUS, angariando o reconhecimento das esferas políticas e da sociedade em geral.

Na Secretaria Municipal de Saúde, do ponto de vista organizacional, a gestão do Plano será exercida pelo Departamento de Planejamento e Informação em Saúde, o qual cuidará dos aspectos tático-operacionais inerentes à implementação. Este contará com os Operadores Matriciais, que atuarão dando suporte técnico cognitivo na implantação no monitoramento, na fiscalização e na supervisão das ações.

As metas serão traduzidas em programas e projetos, nos quais são definidas ações e atividades que darão a direcionalidade do trabalho no dia-a-dia. De acordo com as prioridades serão identificados os seus nós críticos, em função dos quais serão selecionados um conjunto básico de indicadores a serem monitorados e avaliados, não perdendo de vista o compromisso assumido com o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, as PPI da vigilância, a PPI da assistência, o Pacto pela Saúde e outros compromissos sanitários.

Cada indicador estará devidamente qualificado quanto a sua conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes de obtenção, método de cálculo e categorias de análise, contribuindo dessa forma para compreensão de todos.

Dada à dinamicidade do Plano este será revisto a cada ano, mediante as necessidades apontadas no monitoramento e avaliação, sendo feitas avaliações trimestrais e apresentado seus resultados à sociedade, através de seus representantes legítimos.

Quanto à avaliação, embora seja citada constantemente no arcabouço legal do SUS e seja falada por todos que trabalham no sistema, ainda está longe de se constituir enquanto uma prática sistemática e contínua. Talvez pela cultura das instituições, por não primar pelo uso do planejamento dos bancos de dados nem sempre disponíveis pela falta do acompanhamento e aferição de metas. Hoje as dificuldades metodológicas da avaliação são de ordem qualitativa, dada pela ausência de uma linguagem única dos sistemas de informação, que, de forma desarticulada, possuem desenhos, bases de dados e finalidades distintas.

Para enfrentar estes e mais outros problemas relativos às informações o Ministério da Saúde vem desenvolvendo um sistema que substituirá os subsistemas hoje existentes, sustentando grandes conjuntos de informação em saúde.

Embora reconhecendo o grande desafio de implantar a prática de avaliar enquanto inserção no ato de planejar, a SMS não abrirá mão dessa ferramenta que subsidiará a intervenção cujo objetivo será modificar a ação problema.





Nesse Plano a avaliação terá três momentos distintos: a avaliação como parte integrante do planejamento, a avaliação de implementação da intervenção e avaliação dos resultados (efeitos e impactos). Estes momentos por sua vez serão focalizados, na estrutura, no processo e no resultado, conforme os tipos de problemas identificados.

Na avaliação de estrutura serão focalizadas as alterações na estrutura física, nos equipamentos, nos recursos humanos e na estrutura organizacional dos serviços de saúde e nas redes.

Na avaliação de processo serão analisados, entre outros aspectos, os

produtos do cuidado como: acolhimento, vínculo e responsabilização no caso dos profissionais de saúde, aceitabilidade e adesão ao tratamento pelo usuário.

Na avaliação de resultados serão analisados em que medida os efeitos e impactos observados correspondem aos esperados, seja no atendimento individual ou coletivo.

Para coleta dos dados serão privilegiadas as fontes já disponíveis ou dados de fácil captação, para facilitar o processo de avaliação e integrar a gestão, contribuindo para uma melhoria contínua dos serviços.



## BIBLIOGRAFIA

- BARROSO, Arimá V. **Desenvolvimento humano em Natal: Estudo comparativo 1991 - 2000**. Natal: Prefeitura Municipal do Natal, Secretaria de Planejamento e Gestão Estratégica - SEMPLA, 2003
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Brasil: PNUD, 2000**. Base de dados. Disponível em: [www.undp.org.br](http://www.undp.org.br). Acesso em 10 mai. 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica: Instruções técnicas para sua organização/ Série A. Normas e Manuais Técnicos**.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Especializada – **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasil** – Série B. Textos Básicos de Saúde.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Especializada – **Política Nacional de Atenção ao Portador de Doenças Renal** – Série B. Textos Básicos.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde – **Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH/SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde** – 3 ed. Ver. Atual – (Série cadernos técnicos – CNS).
- \_\_\_\_\_. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº. 210 de 15 de junho de 2004**: Definição de Redes.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, **Portaria nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002 – D. O. U.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Caderno de Atenção Especializada**. Série B. Textos Básicos de Saúde – 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Ministério da Saúde 2ª ed. Ampl. (Série E. Legislação de Saúde).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – Secretaria Executiva. **Subsecretaria de Planejamento e Orçamento Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)** – Série B. Textos Básicos de Saúde.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gerência Técnica da Assistência Farmacêutica**.
- PESSOA, Luisa Regina (org.) **Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde**. Rio de Janeiro – FIOCRUZ, 2006. Programa de Educação a Distância EAD/ENSP/ FIOCRUZ. Volume 1 – Unidade de Aprendizagem.
- REZENDE, Conceição Aparecida Pereira; PEIXOTO, Maria Passos Barcelar. **Metodologia para análise funcionais da gestão de Sistema e redes de serviços de saúde no Brasil**. Brasília: Organização.
- RIO GRANDE DO NORTE. **NATAL 2015: bases referenciais para o planejamento estratégico da Região Metropolitana do Natal**. Natal (RN): Consórcio Natal 2015; Prefeitura Municipal do Natal, 2000
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde Pública. Coordenadoria de Promoção à Saúde de Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica. **Nota Técnica – Pacto de indicadores da Atenção Básica** – Março 2005
- SEMURB. **Anuário Natal 2005**. Natal: Prefeitura Municipal do Natal, Secretaria Especial de Meio Ambiente e Urbanismo/ SEMURB, 2005.
- SIDRA: banco de dados agregados. IBGE, 2000. Base de dados. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jun. 2006.





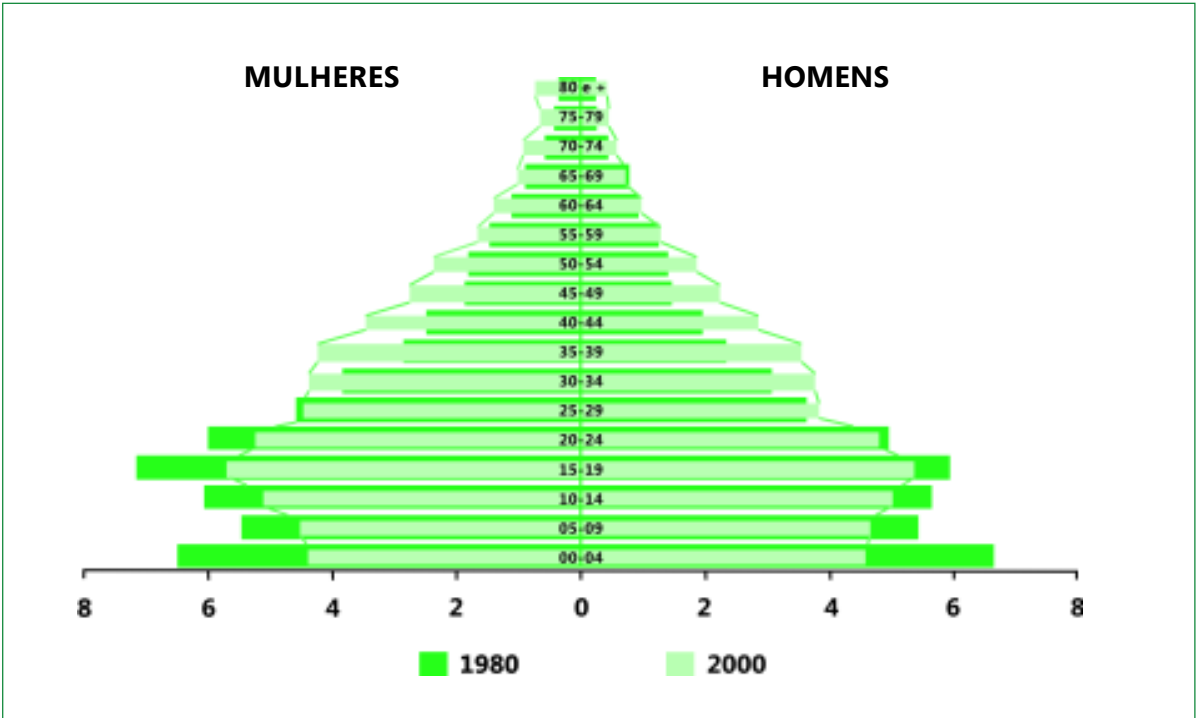
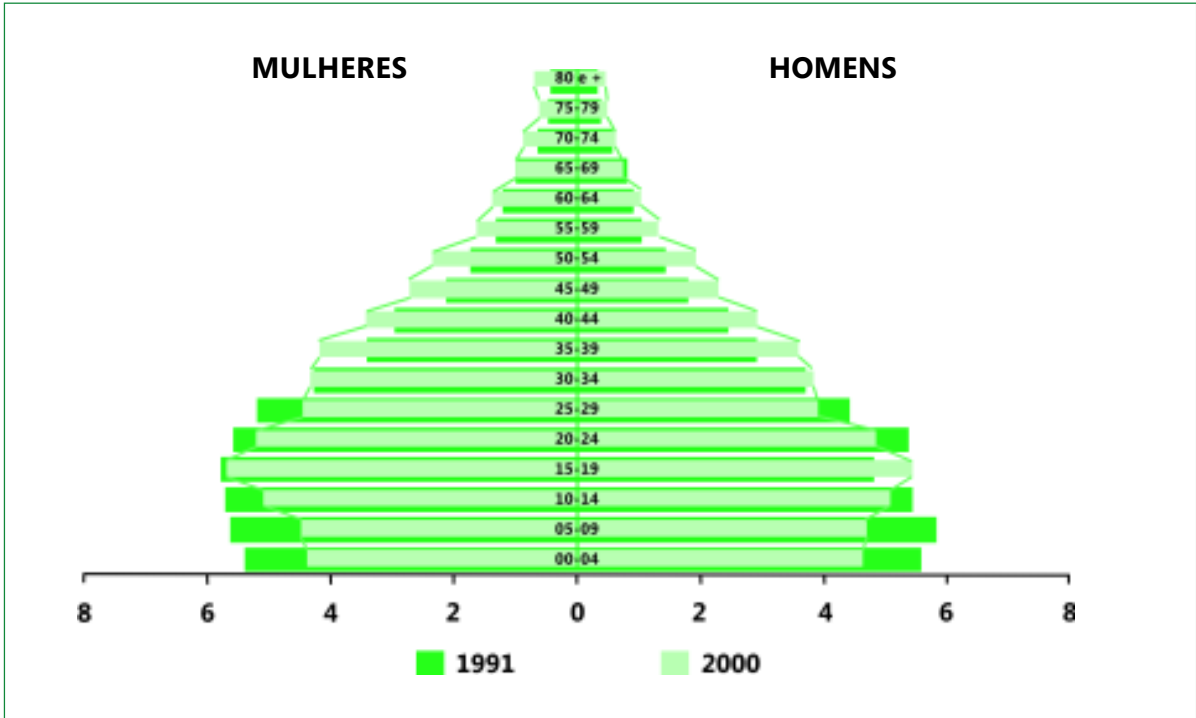
## *A* APÊNDICE

- **Condições de Saúde no Município do Natal (Mapas, Gráficos e Tabelas)**
- **Agenda de Assinaturas**





### PIRÂMIDE ETÁRIA. 1980-2000



Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Censo Demográfico - 1980, 1991 e 2000

## ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO DE NATAL/RN.2006

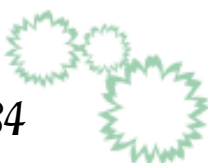
Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor 1 ano	7170	1,96	6791	1,64	13961	1,79
1 a 4 anos	28473	7,80	27489	6,66	55962	7,19
5 a 9 anos	36065	9,88	35058	8,49	71123	9,14
10 a 14 anos	39051	10,69	39805	9,64	78856	10,14
15 a 19 anos	41702	11,42	44389	10,75	86091	11,07
20 a 29 anos	67192	18,40	75553	18,30	142745	18,35
30 a 39 anos	56944	15,59	66778	16,18	123722	15,90
40 a 49 anos	39718	10,88	48354	11,71	88072	11,32
50 a 59 anos	24590	6,73	31455	7,62	56045	7,20
60 a 69 anos	13115	3,59	19085	4,62	32200	4,14
70 a 79 anos	7905	2,16	12336	2,99	20241	2,60
80 anos e mais	3280	0,90	5740	1,39	9020	1,16
<b>Total</b>	<b>365205</b>	<b>100,00</b>	<b>412833</b>	<b>100,00</b>	<b>778038</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS

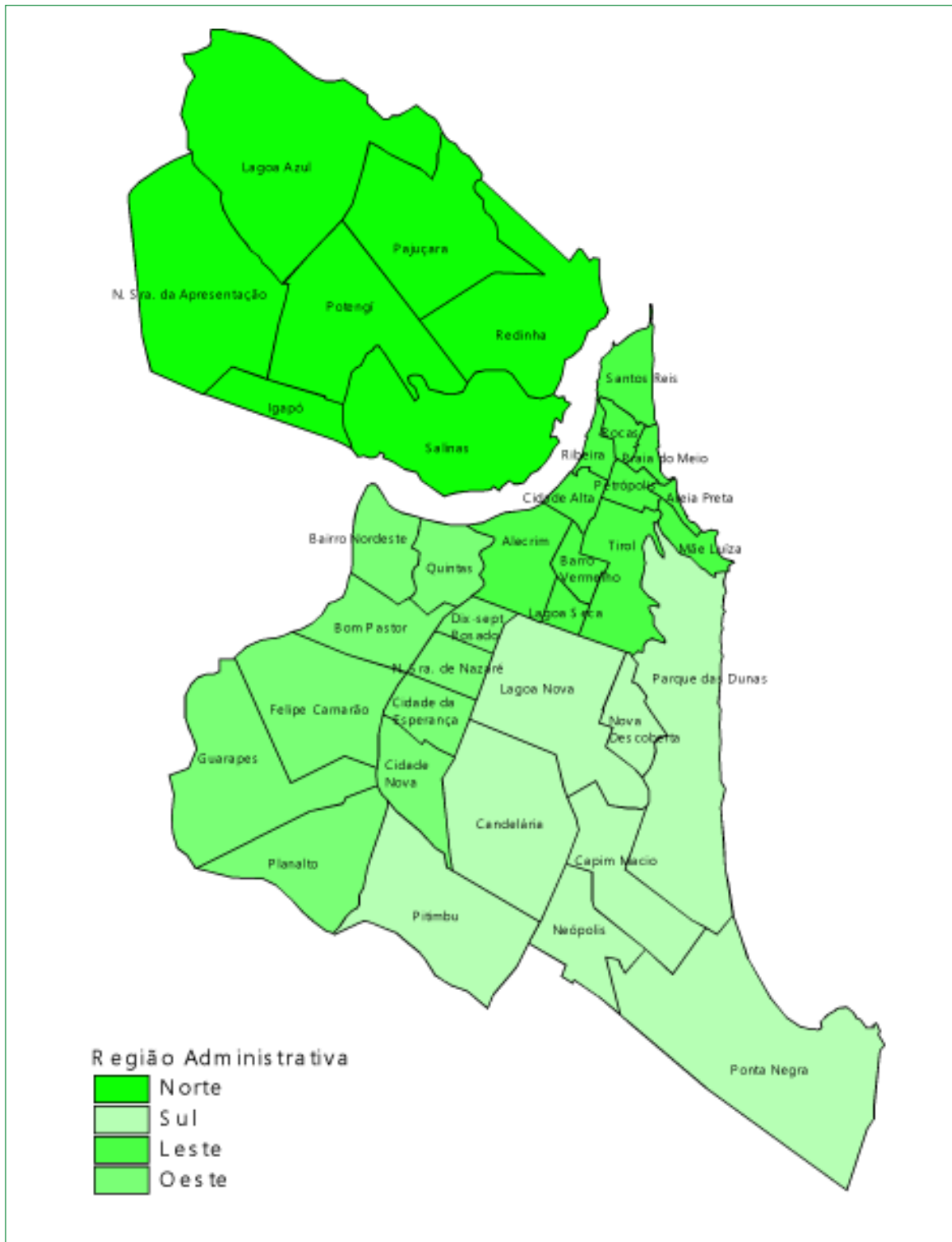
## PERCENTUAL DE ANALFABETISMO NA POPULAÇÃO COM 15 ANOS E MAIS POR REGIÃO ADMINISTRATIVA. NATAL/RN - 2000

Região	Taxa
Norte	13,47
Sul	4,33
Leste	9,81
Oeste	18,20
<b>Natal</b>	<b>11,90</b>

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS

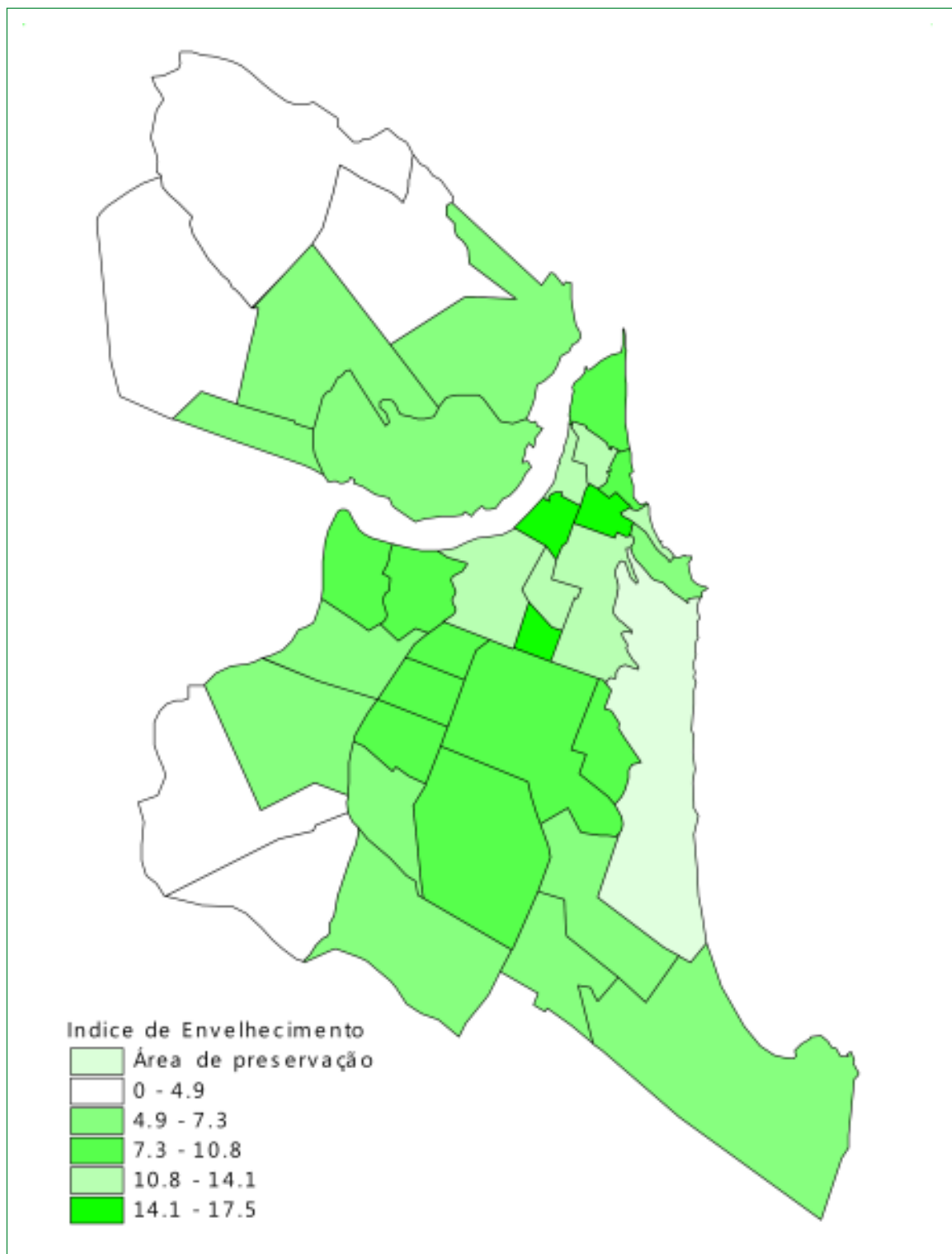


## DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS BAIRROS SEGUNDO REGIÃO ADMINISTRATIVA. NATAL/RN



Fonte: Mapa elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, a partir dos dados do Censo Demográfico 2000, realizado pelo IBGE - Instituto de Geografia e Estatística.

## ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO. NATAL/RN - 2000

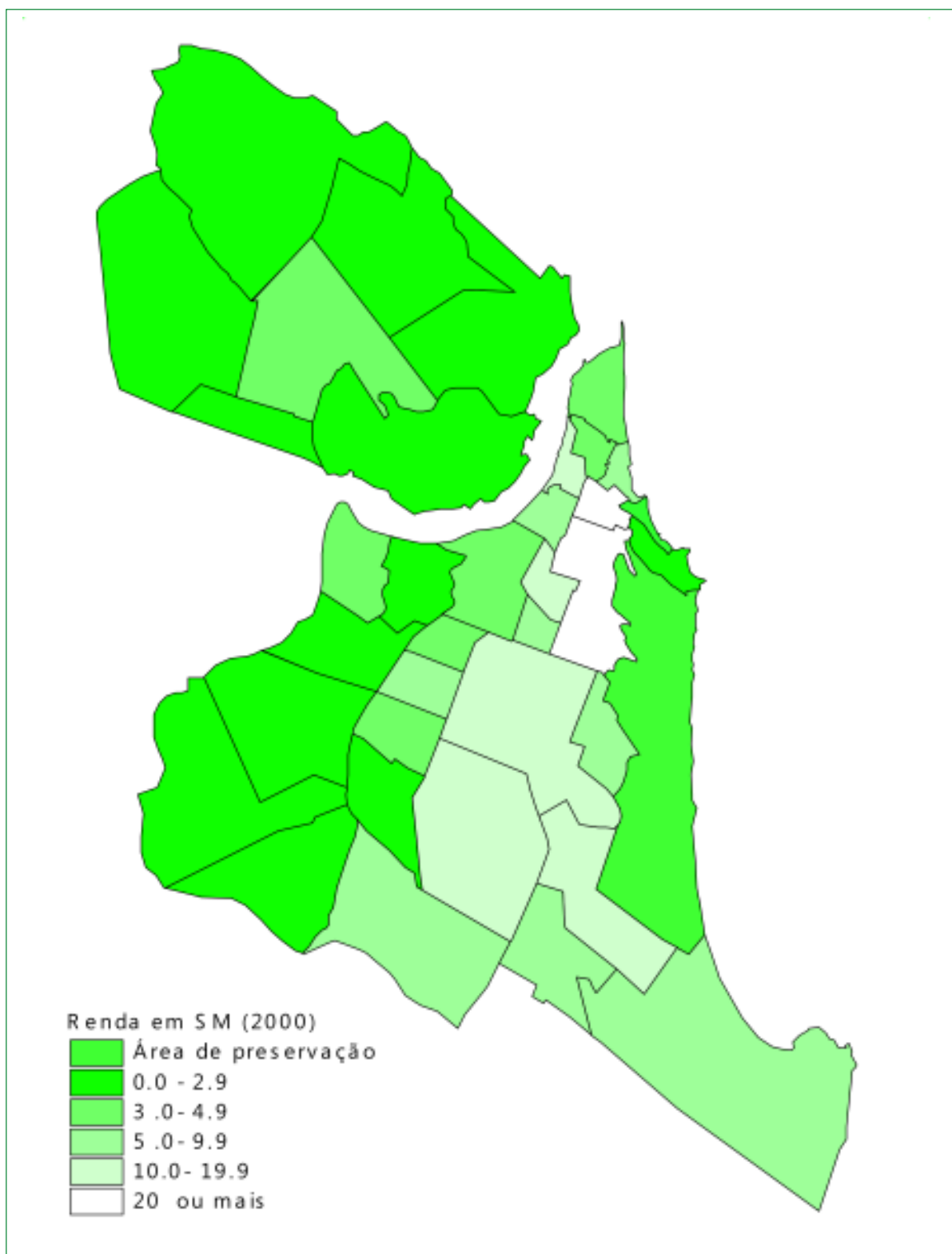


Fonte: Mapa elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, a partir dos dados do Censo Demográfico 2000, realizado pelo IBGE - Instituto de Geografia e Estatística.



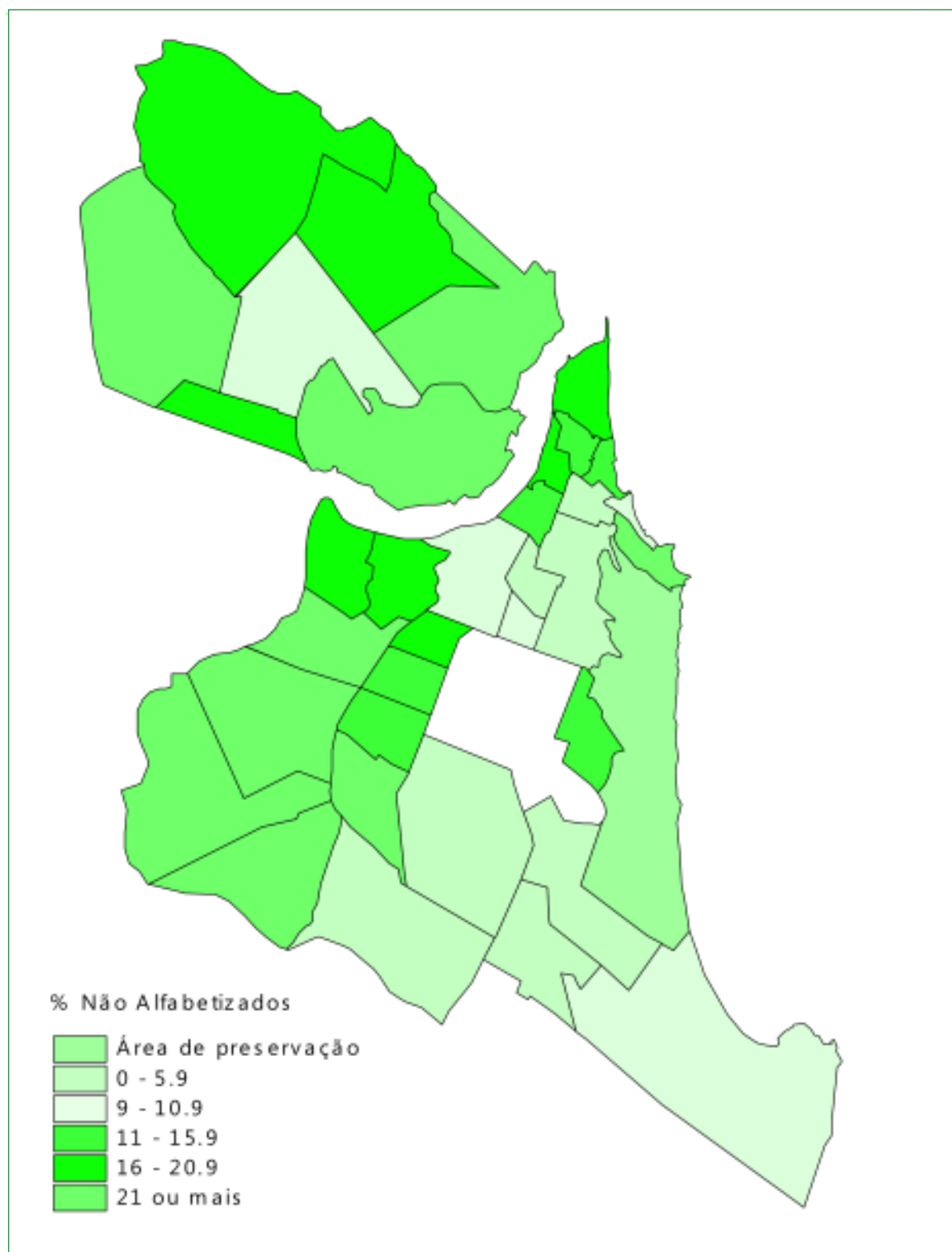


**RENDA NOMINAL MÉDIA MENSAL DO RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO.  
NATAL/RN - 2000**



Fonte: Mapa elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, a partir dos dados do Censo Demográfico 2000, realizado pelo IBGE - Instituto de Geografia e Estatística.

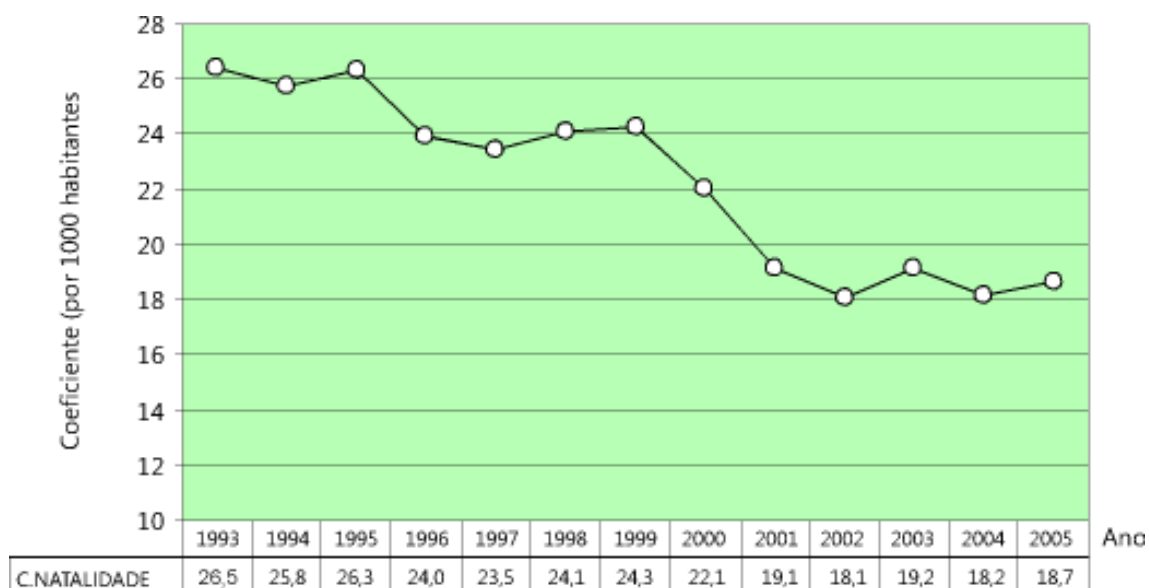
**PERCENTUAL DE PESSOAS DE 15 ANOS OU MAIS NÃO ALFABETIZADOS.  
NATAL/RN - 2000**



Fonte: Mapa elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, a partir dos dados do Censo Demográfico 2000, realizado pelo IBGE - Instituto de Geografia e Estatística.

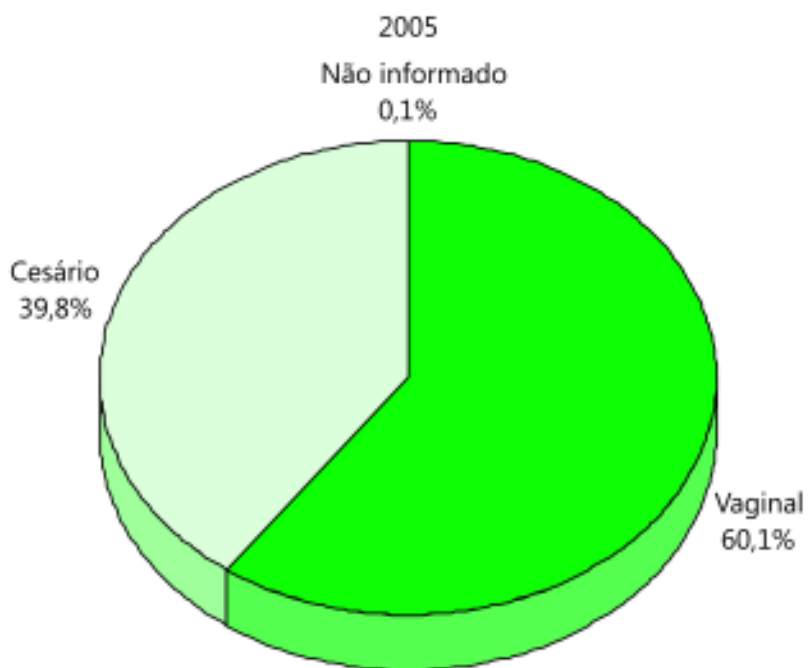


### COEFICIENTE GERAL DE NATALIDADE. NATAL/RN. 1993-2005

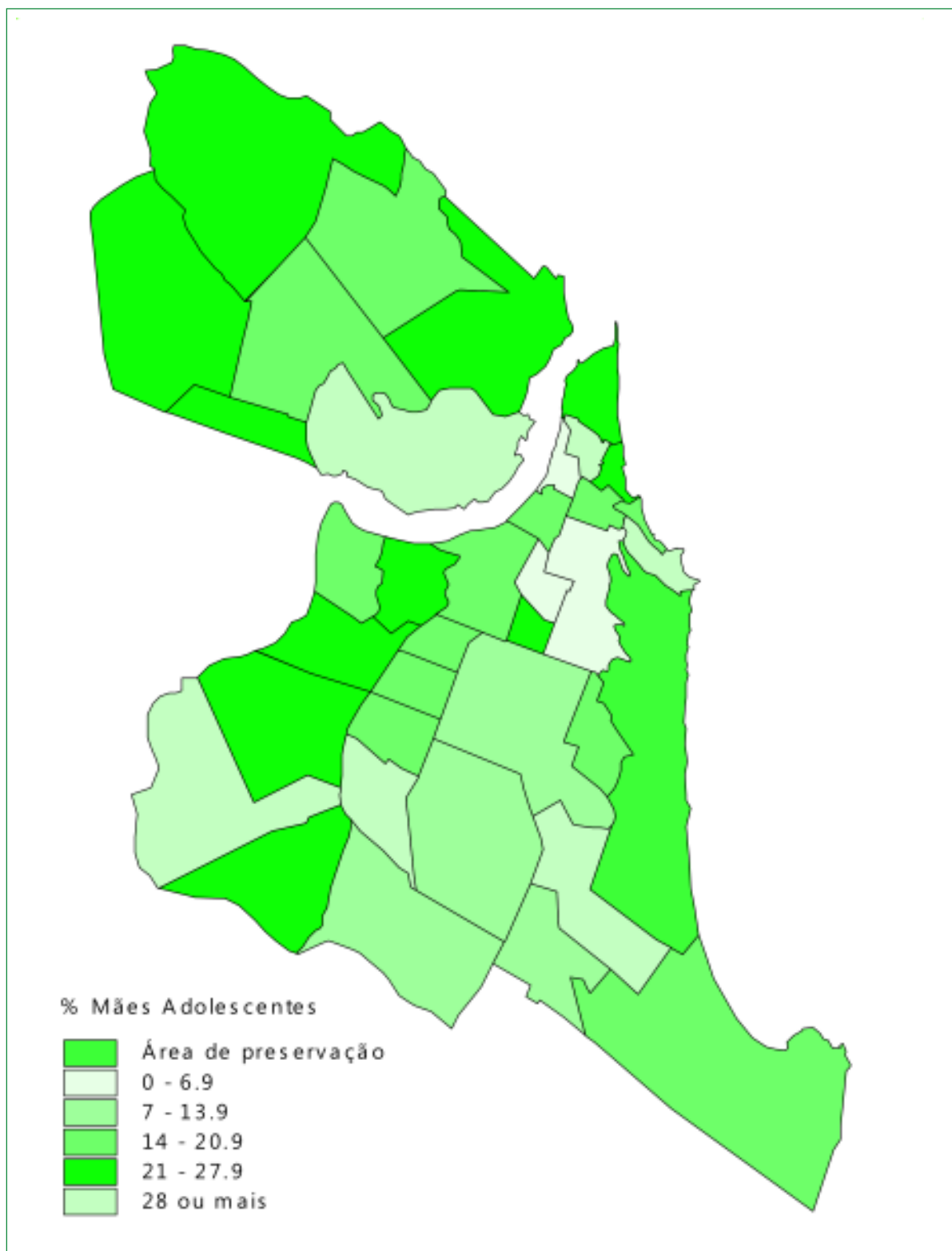


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Natal-RN/SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

### NASCIDOS VIVOS SEGUNDO O TIPO DE PARTO. NATAL/RN - 2005



**PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES ADOLESCENTES.  
NATAL/RN - 2000**



Fonte: Mapa elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde/SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos



## MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA. NATAL/RN - 2002/2005

Causa (Cap CID10)	2002		2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	1063	28,8	1080	29,3	1185	30,4	1143	28,5
II. Neoplasias (tumores)	642	17,4	654	17,8	673	17,3	740	18,4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	464	12,6	433	11,8	440	11,3	458	11,4
X. Doenças do aparelho respiratório	332	9,0	349	9,5	394	10,1	395	9,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	300	8,1	290	7,9	299	7,7	320	8,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	196	5,3	207	5,6	191	4,9	233	5,8
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	150	4,1	166	4,5	178	4,6	173	4,3
XVI. Algumas afec originadas no período perina tal	176	4,8	118	3,2	148	3,8	149	3,7
XVIII.Sintomas, sinais e achados anormais, exames clínicos e laboratoriais	85	2,3	84	2,3	97	2,5	112	2,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	83	2,3	66	1,8	81	2,1	92	2,3
VI. Doenças do sistema nervoso	51	1,4	77	2,1	53	1,4	70	1,7
XVII.Malformação congênita deformidades e anomalias cromossômicas	59	1,6	50	1,4	73	1,9	50	1,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	27	0,7	34	0,9	26	0,7	40	1,0
V. Transtornos mentais e comportamentais	22	0,6	25	0,7	29	0,7	21	0,5
III. Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	23	0,6	22	0,6	10	0,3	11	0,3
XIII.Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	7	0,2	14	0,4	7	0,2	7	0,2
XV. Gravidez parto e puerpério	6	0,2	12	0,3	6	0,2	3	0,1
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,0	2	0,1	2	0,1	0	0,0
<b>Total</b>	<b>3687</b>	<b>100,0</b>	<b>3683</b>	<b>100,0</b>	<b>3892</b>	<b>100,0</b>	<b>4017</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Mapa elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde/SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

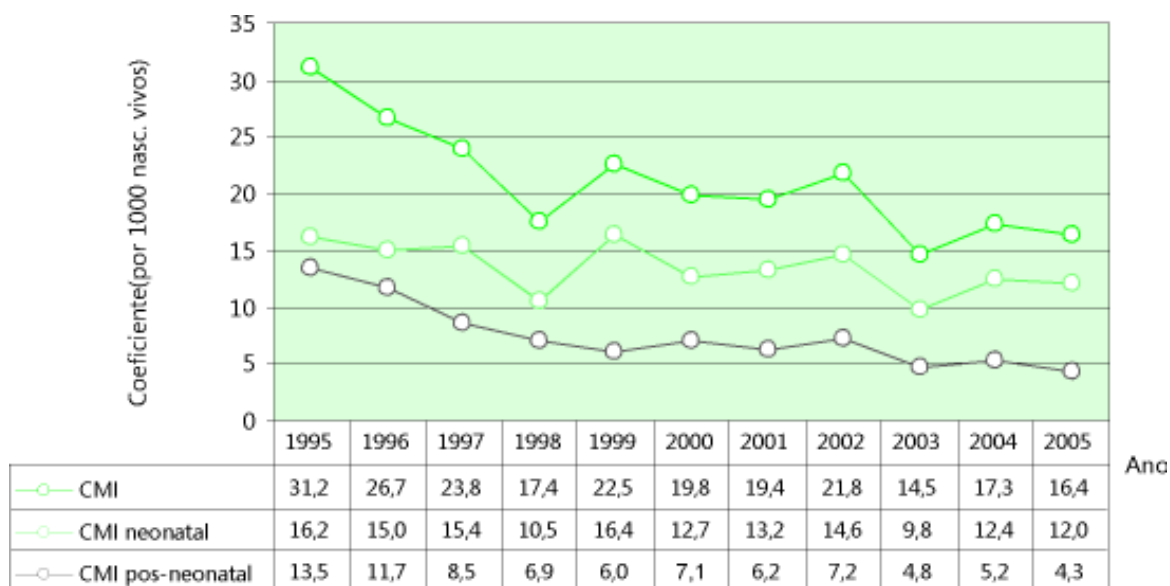
## ÓBITOS E COEFICIENTES DE MORTALIDADE MATERNA (CMM) NATAL/RN. 1996-2005

Ano	OBITOS	CMM
	MATERNOS	(100.000 nasc. vivos)
1996	13	82,69
1997	4	25,50
1998	3	18,33
1999	3	17,90
2000	9	57,25
2001	4	28,96
2002	6	45,18
2003	12	85,14
2004	6	44,88
2005	3	21,90

Fonte: Mapa elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde/SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade



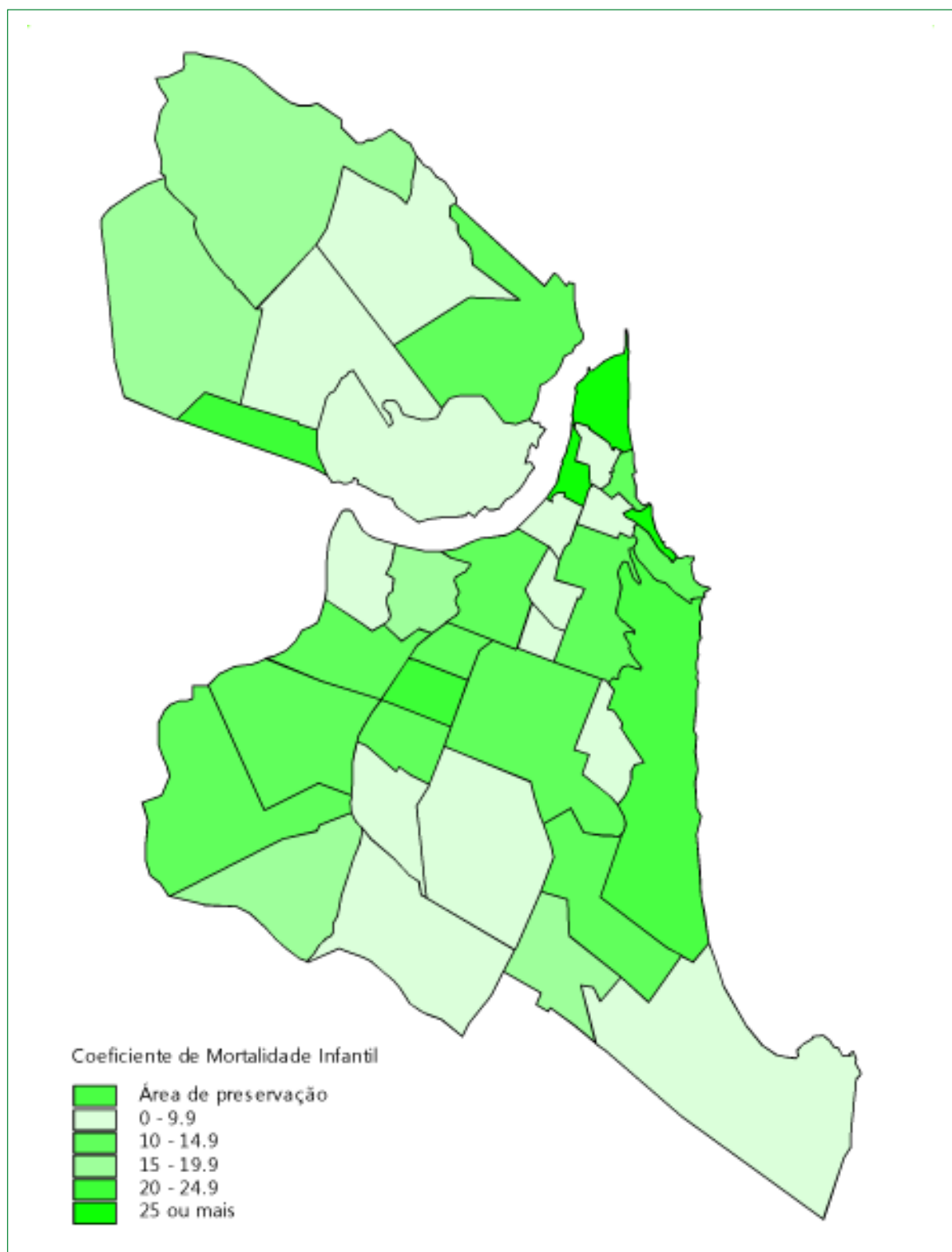
## COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL E SEU COMPONENTES NATAL/RN. 1996-2005



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

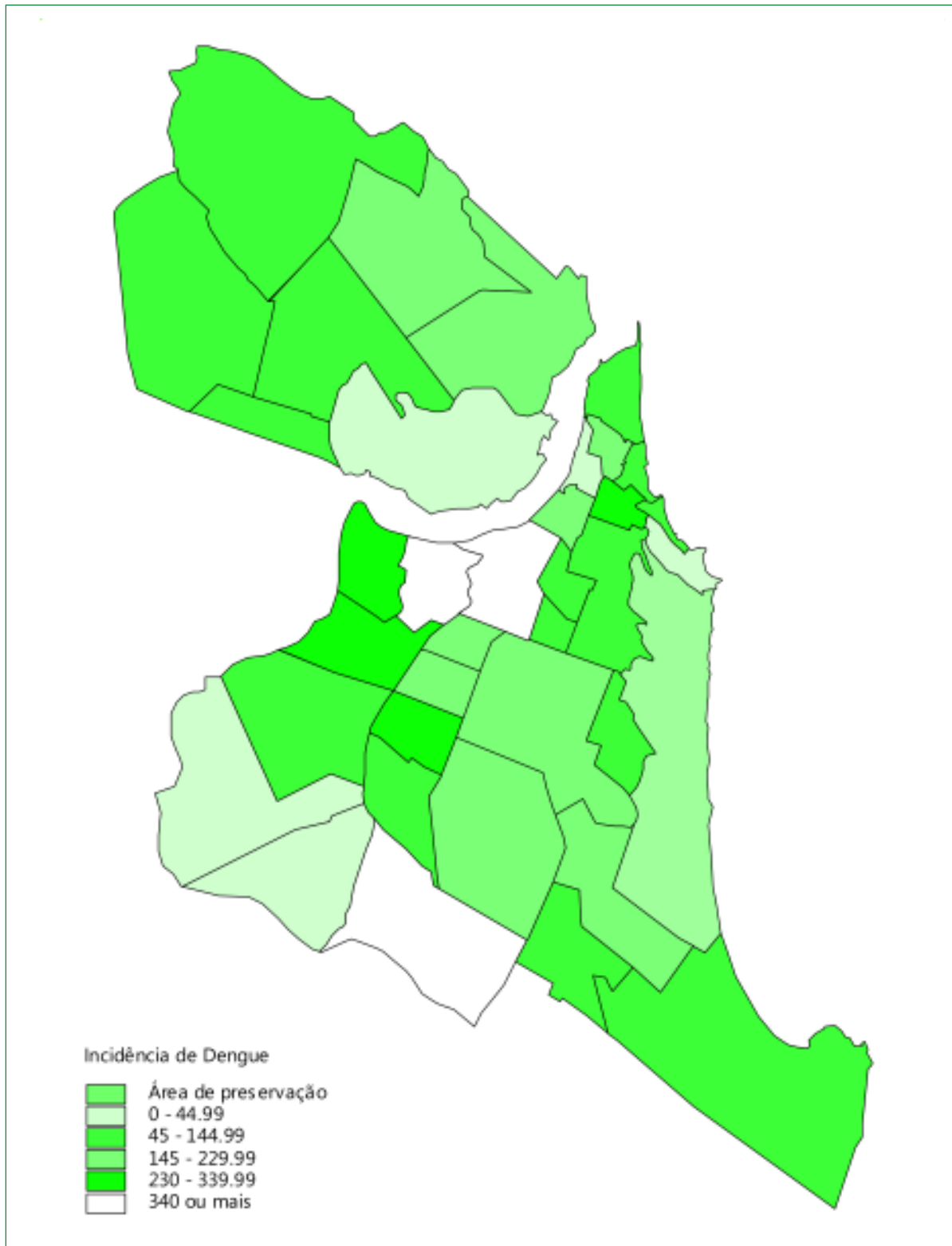


**COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS).  
NATAL/RN - 2005**



Fonte: Mapa elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde/SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

## INCIDÊNCIA DE DENGUE. NATAL/RN - 2005

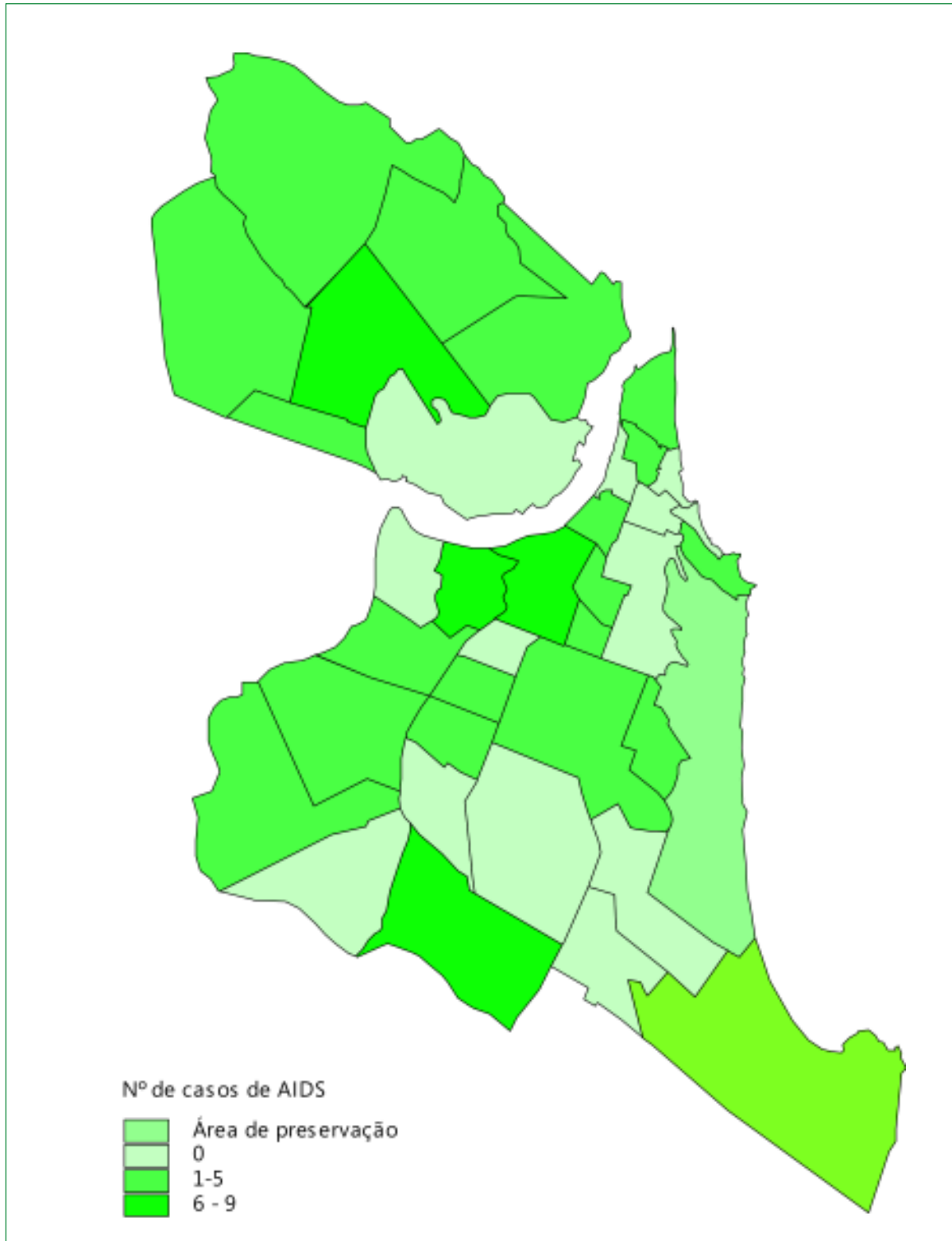


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/SINANAC - Sistema de Informações de Agravos Notificáveis



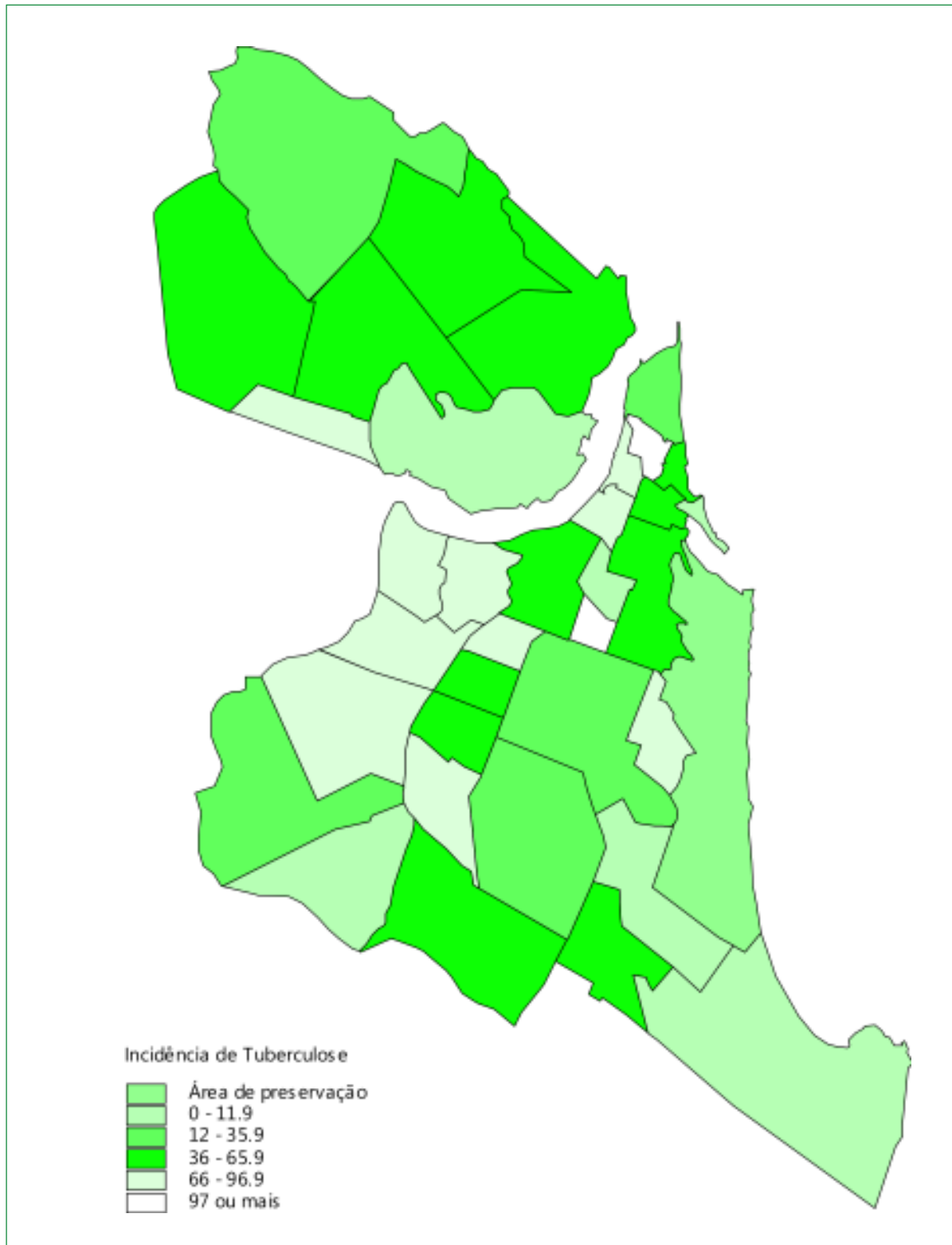


## NÚMERO DE CASOS DE AIDS. NATAL/RN - 2005

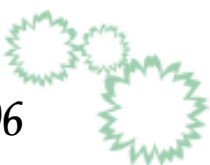


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/SINANC - Sistema de Informações de Agravos Notificáveis

## INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE. NATAL/RN - 2005



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/SINANC - Sistema de Informações de Agravos Notificáveis



## NÚMERO DE CASOS E COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA DA DENGUE EM NATAL/RN. 1997-2005

ANO	Nº DE CASOS	INCIDÊNCIA
1997	15.947	2.386,2
1998	8.315	1.225,3
1999	16.426	2.384,2
2000	8.433	1.138,9
2001	18.905	2.617,9
2002	9227	1.256,2
2003	11.700	1570,9
2004	859	113,8
2005	1384	177,9

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/SINANC - Sistema de Informações de Agravos Notificáveis

## MORBIDADE HOSPITALAR. NATAL/RN. 2005

CAUSA (CAP-CID10)	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	-	11047	45,86	11047	28,27
X. Doenças do aparelho respiratório	2822	18,82	2492	10,34	5314	13,60
V. Transtornos mentais e comportamentais	3038	20,27	1492	6,19	4530	11,59
II. Neoplasias (tumores)	1031	6,88	1927	8,00	2958	7,57
XI. Doenças do aparelho digestivo	1512	10,09	1164	4,83	2676	6,85
XIX. Lesões envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	1757	11,72	689	2,86	2446	6,26
IX. Doenças do aparelho circulatório	1254	8,37	1166	4,84	2420	6,19
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1229	8,20	968	4,02	2197	5,62
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	428	2,86	1074	4,46	1502	3,84
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	422	2,82	314	1,30	736	1,88
XXI. Contatos com serviços de saúde	156	1,04	534	2,22	690	1,77
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	333	2,22	262	1,09	595	1,52
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	240	1,60	219	0,91	459	1,17
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	189	1,26	231	0,96	420	1,07
XVII. Malformação congênita deformidades e anomalias cromossômicas	227	1,51	124	0,51	351	0,90
VI. Doenças do sistema nervoso	130	0,87	129	0,54	259	0,66
III. Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	79	0,53	96	0,40	175	0,45
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais	61	0,41	73	0,30	134	0,34
VII. Doenças do olho e anexos	51	0,34	53	0,22	104	0,27
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	32	0,21	37	0,15	69	0,18
<b>Total</b>	<b>14991</b>	<b>100,00</b>	<b>24091</b>	<b>100,00</b>	<b>39082</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/SINANC - Sistema de Informações de Agravos Notificáveis



## CAPACIDADE INSTALADA DE LEITOS NO MUNICÍPIO. NATAL/RN - 2006

Descrição	Existente	Sus	Não Sus	Descrição	Existente	Sus	Não Sus
<b>Cirúrgico</b>				<b>Complementar</b>			
Buco maxilo facial	17	15	2	Uti adulto	151	67	84
Cardiologia	88	78	10	Uti infantil	30	21	9
Cirurgia geral	455	281	174	Uti neonatal	46	29	17
Endocrinologia	2	0	2	Unidade intermediaria	24	24	0
Gastroenterologia	6	1	5	Unidade intermediaria neonatal	12	12	0
Ginecologia	25	20	5	Unidade isolamento	22	16	6
Nefrologiaurologia	20	16	4	Uti adulto i	5	0	5
Neurocirurgia	42	35	7	<b>Total</b>	<b>290</b>	<b>169</b>	<b>121</b>
Oftalmologia	13	6	7	<b>Complementar</b>			
Oncologia	48	25	23	Obstetria cirúrgica			
Ortopediatraumatologia	70	62	8	Obstetria clinica	42	27	15
Otorrinolaringologia	27	8	19	<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>259</b>	<b>62</b>
Plastica	34	22	12	<b>Complementar</b>			
Toraxica	13	11	2	Pediatria clinica	288	252	36
<b>Total</b>	<b>860</b>	<b>580</b>	<b>280</b>	Pediatria cirurgica	14	14	0
<b>Clinico</b>				<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>266</b>	<b>36</b>
Aids	17	17	0	<b>Complementar</b>			
Cardiologia	36	21	15	Cronicos	8	0	8
Clinica geral	366	287	79	Psiquiatria	577	418	159
Dermatologia	7	4	3	Tisiologia	19	15	4
Geriatria	7	0	7	<b>Total</b>	<b>604</b>	<b>433</b>	<b>171</b>
Hansenologia	1	0	1	<b>Complementar</b>			
Hematologia	26	20	6	Cirurgicos	10	10	0
Nefrourologia	25	19	6	Aids	5	5	0
Neonatologia	12	10	2	Saude mental	16	8	8
Neurologia	21	17	4	<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>8</b>
Oncologia	28	20	8	<b>Sumário</b>			
Pneumologia	30	21	9	<b>Total clínico/cirúrgico</b>	<b>1436</b>	<b>1016</b>	<b>420</b>
<b>Total</b>	<b>576</b>	<b>436</b>	<b>140</b>	<b>Total geral</b>	<b>2984</b>	<b>2166</b>	<b>818</b>

Fonte: CNES/MS



**AGENDA DE ASSINATURAS**



## Preenchimento temático -

Plano Municipal de Saúde 2006-2009

Pacto pela Saúde em Natal

Data: 03 de Abril de 2006.

Local: Praia Jean Natal

Horário: 08:30 às 12:30 horas / 14:00 às 17:00 horas

Eixo: Vigilância em Saúde

Participantes

E-mail

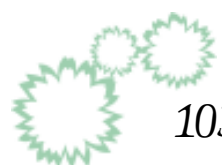
01 - Joviana Britiana da Silva Leite	britiana.monte@natal.rn.gov.br
02 - Suzia Mês Santos da Silva	suziames@pelnatal.com.br
03 - Hildeberto Jordeiros da Cunha	hildebertocunha@click21.com.br
04 - Adila Jorena Jorens Lima	adila.jorena@hotmail.com
05 - Raquel Saraiva de Araújo	Bienaquilaraújo@hotmail.com
06 - Rocio Pereira da Silva	rocioerit@bol.com.br
07 - Conceição de Maria Alves de Souza	conceicao.maria@natal.rn.gov.br
08 - Elaine Jorge Netto Costa	elainejorge@bol.com.br
09 - DENISE TOSCANO MEDEIROS	denise.toscano@natal.rn.gov.br
10 - Tânia Maria Barbosa de Silva	tania.barbosa@natal.rn.gov.br
11 - Estro Espalito de Aguiar	estro.aguiar@natal.rn.gov.br
12 - Maria Eliana M de Freitas Neto	eliana_meo@hotmail.com
13 - Bernígia Maria de Menan	bernigia@uol.com.br
14 - Denise Cristina Silveira de Oliveira	denise.oliveira@natal.rn.gov.br
15 - Maria Britiana Mendes Sousa	
16 - Rosineia Magali B. Baur	rosineia.baur@uol.com.br
17 - Sônia Soan	sonia_fil@bol.com.br
18 - Eleni de Sousa	eleni.lima@uol.com.br
19 - Vivianne Barbalho G Pereira	
20 - Izoreide B de Uva	DSCarte
21 - Vanessa A B de Medeiros	vanemedeiros@uol.com.br
22 - Dagoberto Lopes G. de M	nssnatal@bol.com.br
23 - Maria Eliene C. Marques	DSC II
24 - Sebastião Augusto Couto	sebastiao@procur.gov.br
25 - Paulo Fernando Santos	Paulofsan@uol.com.br
26 - Maria dos Graças Gomes Ferreira	graca.cormilk@hotmail.com

GRAFSET

26.	Sheyla Duarte de Costa	sheyla.duarte@natal.rn.gov.br
27	Sônia F. da Costa	soniafcosta@ig.com.br
28.	Rajinder Sops do Vento	rajindersops@bol.com.br
29	Geize Moraes Turcão	
30.	Janaína Dorc Costa	janainad@disi.com.br
31	Albanta Maria Bezerra	albanta.bezerra@natal.rn.gov.br
32	Tânia Maria Costa Bessa	tl.3217-4692
33	José Alencar P. Araújo	ajpola@bol.com.br
33-	Tházia Costa	thaziac@bol.com.br
34	Leiziane de Fátima Cavalcanti	leiziane@uol.com.br
35-	Angelo José Lomba Bezerra	CPLESMATERIAL@YAHOO.COM.BR
36.	Uputa Maria Dalgas	Dist. Santuário e Saúde
37-	Genelce e M. Almeida Freitas	Dist. Santuário Norte II
38.	João Paulo L. Guimarães	NÍVEL CENTRAL
39-	William de Miranda Borbin	ECT/YAIM
40-	Sandra M. de A. Spindell	DAB/NATAL spindele@uol.com.br
41-	Sabine Machado	DAB/SMS-NATAL
42-	Sílvia do C. Yáqui Bessa	DSO/SUS NATA
43	M <sup>te</sup> Algizir C. de Souza	3206-5672
44	FRANCISCO CARLOS VILELA	vilelavilela@ig.com.br
45-	Sidraci dos Santos Queiroz	DSO-COITA-Sidraci@bol.com.br
46.	Ana Leiziane Hilas dos Santos Cruz	DSO-VIG-EP. analuisa_cruz@ig.com.br
47.	Naiana do Espírito Santo	DSO ANISSO. Naiana@ig.com.br
48-	IZOLDA HEITZ FONSECA	izolda.heitz@natal.rn.gov.br
49.	AVA MARIA DOS SANTOS Teixeira	ava.santos@natal.rn.gov.br
50	ADRIANA MOREIRA	adriana.moreira@estipato.com.br
51.	Joseneide Souza Pessoa dos Santos	joseneidesantos@ig.com.br
52.	Uze de Lourdes F. Ferreira	
53-	Maria Tereza C. G. Holanda	tt.holanda@bol.com.br
54.	Zirana Campos dos Santos	zircam@bol.com.br
55.	Vábia Maurício (DS teste)	mauriciovabia@hotmail.com
56.	Leiziane Alves da Silva	
57	Mari Queiroz C. de Oliveira	distrito@natal.com.br
58-	Antoniária Bandeira de Freitas	yabac.com.br
59	Opáida Tomaz dos Menezes Alaya	babyrene@ig.com.br



NOME	E-MAIL
60 - Paula Veloso Andrade Ferreira	paulaadira@hotmail.com 09
61 - Nayara Raphaela Maia Rego	mayaramreg@hotmai.com
62 - Symoni Biffi Florentino	semoni@florentino@hotmail.com
63 - Isabella Ribeiro Barbosa	isabellaribeiro@oi.com.br
64 - FRANCISCO S <small>ANT</small> OS G <small>ONCALVES</small>	
65 - Otildy Nacido de Oliveira	DPI-SMS-Natal/RN
66 - José Francisco de Sá	amendesfrancisco@nata.rn.gov.br
67 - Roberval Pinheiro	roberval.pinheiro@natalrn.gov.br
68 - Teresinha Guedes Rigo	teresinha.Rigo@natalrn.gov.br
69 - Hersonete Florentino	hersonete@clicket.com.br
70 - Maria das Graças	
71 - Ana Luiza Zaneto Feres - DPI	



PMN - SMS - DPI

Plenárias Temáticas

Plano Municipal de Saúde 2006-2009

Pacto pela Saúde em Natal

Data: 04 de abril de 2006 - Eixo: Menção Integral à Saúde

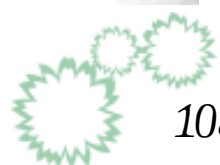
Local: Praiaamar Hotel

Horário: 08:30 às 12:30 / 14:00 às 17:00

NOME DO(A) PARTICIPANTE	EMAIL
01 Sônia Maria Fernandes de Lucena	- sonialucena@digizap.com.br
02 Maria de Conceição Jurel Bezerra	-
03 Jua Maria de Araujo	- aaraújo1823@ig.com.br
04 Damiano Oliveira de Souza	- erronitalk@hotmail.com
05 Rand Randall Martins	- randmartins@yahoo.com.br
06 Maria Cristina Viana Barão	-
07 Carla J. Lima	- carlot@digizap.com.br
09 Mary Lúcia B. da Mota	- mary.lucia@natal.nm.gov.br
10 Berson J. D. Juncador	- bersonjuncador@ig.com.br
11 Juliana de Paiva Nunes	- jpaiva_junior@ig.com.br
12 Anna Cecília M. Medeiros	- annacem@yahoo.com.br
13 Dânia Lima Barbosa da Silva	- dvl/svc   danielimbarbosa@natal.nm.gov.br
14 Maria das Graças Correa Freire	- gracaacorreia11@hotmail.com
15 Maria Elvira R. F. de Jesus	- elvira_m@hotmail.com
16 Lúcia Maria de Almeida	- lucia.almeida@gmail.com
17 Sandra M. de S. Spruille	- spruille@insp.gov.br
18 Solange Setta Machado	- solangesetta@clix21.com.br
19 Adriana M. de S. Sile	-
20 Josenilde Souza P. dos Santos	- josenildesantos@ig.com.br
21 Maria Dalalera de Almeida Dantas	- edmarch@uol.com.br
22 JABETE Rocha de Silva	- jabete-silva@uol.com.br
23 Ariene Rose S. de Macedo	- <del>ariene</del> armitadliveira@ig.com.br
24 Solange Almeida Lefe Freire	-
25 Thayne Hannu C. R. do Nascimento	- thaynehannu@yahoo.com.br
26 JESAIAS RODRIGUES DA SILVA	- Jesaias@digizap.com.br
27 CARLA FERREIRA -	-

GRAFSET

- 28 Vitoria V. de Almeida Collin
- 29 Paulo Antonio de Souza
- 30 Jana do Carmo dos Santos
- 31 Saldade Senade Medeiros Franig
- 32 Geize Abraim Furtado
- 33 Maria Clene C. Marques
- 34 Marjela Ziza Bezerra
- 35 Mano Trigo C. Gomes de Holanda
- 36 Cleber de Jesus
- 37 Yasmin de Barbosa de Lima
- 38 Elaine de Jesus e filia
- 39 ~~scop.~~
- 40 Izabela Cristiana de A. de Araujo
- 41 M<sup>ca</sup> Celina de A. Vanon Martins
- 42 ~~Guilherme de A. de A.~~
- 43 ~~Gláucia de A. de A.~~
- 44 Maria de Conceicao / Marinho de Faria
- 45 Juana Solino
- 46 Albona Maria Bezerra
- 47 Joice de Fatima Carvalho
- 48 Raunice Borges do Norte
- 49 Jure Maria dos S. Teixeira
- 50 Jure Campos de Souza
- 51 Marina Joao de A. de A.
- 52 Paulo Dore Leite
- 53 Sivanir do E. da Silva
- 54 Jure Maria de A. de A.
- 55 Marize Barros
- 56 Ularia Jureta Cordino
- 57 Gabriela F. Moreira Teixeira
- 58 ~~Paulo de A. de A.~~
- 59 ~~João de A. de A.~~
- 60 Antimemoria D. Freitas
- 61 ~~João de A. de A.~~
- 62 Genice de A. de A. do S. Norte II
- 63 ~~Republiandiz de D. S. Norte~~



- 64 - Symonij BFO Florentino
- 65 - Maria dos Anjos Bezerra Leal
- 66 - Elson Junior
- 67 - M<sup>te</sup> de Fatima S. de Souza
- 68 - M<sup>te</sup> das Graças G. Sobino
- 69 - Flávia de S. Silva J. Feteira
- 70 - Constante Fernando Junior
- 71 - Poliana de Oliveira Paes
- 72 - Cícero de Jesus dos Santos
- 73 - Luiz Marcio de Jesus
- 74 - Patrícia Elaine Barbalho de Carvalho
- 75 - Gláucia Nadja R. de Castro Moraes
- 76 - Joana Odineia Andrade Junior
- 77 - Cláudia Rapphalla Maia Rêgo
- 78 - Ana Maria Tavares de Souza
- 79 - Letícia de Lima
- 80 - Gláucia Hércia, e. Freitas
- 81 - Maria Valéria Bezerra
- 82 - Luiz Roberto Leite Fonseca
- 83 - Priscila José Tullio de Oliveira
- 84 - Juana Solino
- 85 - Ana Carla de Cássia do Nascimento
- 86 - Lúcia Cunha de Souza Lima
- 87 - Cláudia Alcides de Oliveira Santos - RJ - SMS - Natal (RN)
- 88 - José Paulo Soares de Lima
- 89 - Roberval Pinheiro - roberval.pinheiro@natal.rn.gov.br
- 90 - Herculane Florencio - herculane@clicknet.com.br
- 91 - Maria das Graças Costa
- 92 - Magalini Gualberto Aguiar Gonçalves - magalini@oi.com.br
- 93 - Ana Luiza Barreto Soares - RJ

PNN - SMS - DPI

Plenárias Temáticas

Plano Municipal de Saúde 2008-2009

Pacto Pela Saúde em Natal

Eixo: Gestão em Saúde

Data: 05 de abril de 2008

Local: Hotel Praia mar

Participante	E-mail
01- Antônio de Aguiar de Azevedo	
02- Tânia Elaine Barbosa de Silva	tania.barbosa@natal.rn.gov.br
03- Rosires Magzeli Baus	rosires.baus@netel.rn.gov.br
04- Ana Teresa Bezerra de Aguiar	ATEIROS@HOTMAIL.COM
05- Alencar - (RHS Contas)	alencar@rhc.com
06- Celso Augusto de Aguiar	celso.aguiar@natal.rn.gov.br
07- Tereza Gondim	terezagondim@hotmail.com
08- Joana Dore Paete	joanadl@desp.com.br
09- Luciana Campes	
10- Osvaldo Rêgo	
11- Heloisa Medeiros de Lencastre	heloisamedeiros@uol.com.br
12- Astarteia de A. Cortez	astarteia.cortez@ig.com.br
13- Maria Antônia de Azevedo	
14- Tarcília Carmina Tavares de Barros Bezerra	tarcilialbezerra@hotmail.com
15- Maria do Socorro M. Paete	
16- Tereza Lúcia de Sáez Moura	terezaluciamoura@uol.com.br
17- Mary Lúcia B. de Mota	marylucia@natal.rn.gov.br
18- Maria Eliene de Sáez Moura	use.avarita@uol.com.br
19- Sílvia R. Z. de Azevedo	DIST. SAUD. NATE I
20- Ana Carolina de M. L. Leite	
21- Ana Maria de Azevedo	
22- João Luiz Carneiro de Sáez Moura	USF SAUD. C. I.
23- José Luiz B. Venturoli	D.S.O.
24- Tereza Rose de Moura	terezarose@ig.com.br
25- Tereza Tereza de Moura	USF Guaita
26- Marcela de J. Nascimento	

GRAFSET

Participante	E-mail
27- Walkiria Maria de Oliveira	WalkiriaMaria@hotmail.com
28- Sandro M. de A. Spínelli	Spinelli@infopad.com.br
29- Marcel dos Santos	
30- Leumenna Soares Guilherme	
31- Manoel Pinheiro Coutinho	ManoelPinheiro@hotmail.com
32- Flávia Costa de Souza	flaviana_pes@ig.com.br
33- Verônica Duarte	
34- Mariete Fernandes Duarte	
35- Lúcia Helena Gregório Assad	
36- Antonemária B. Fritos	
37- Gracilda F. Pereira Zilgner	
38- Inma C. L. Medeiros	
39- Opinaldo da Paçoal Almeida D. Norte II	
40- Symonni B. Q. Florentino	
41- Elpídio de Aguiar	
42- Dra. Carla Tereza do Nascimento - DGTES/SGES	
43- Roseira de Fátima Carvalho	
44- Alan Kardec Pereira dos Santos	
45- Sobrinha Selma Machado - DAB	
46- Luciane de Lourdes L. Ferreira	
47- <del>Rosângela de Fátima</del>	
48- Thariz Barros	
49- Náupia Raphaela Maia Pego	
50- Sílvia Drummond	
51- Maria do Rêu de Lima - lucianam@ig.com.br	
52- Francisco da Paiva Pinto	
53- Cláudia Plácido de Oliveira Santos - JPS - SMS - Natal / RN	
54- <del>Janete Soares de A.</del> - anaclara.novis@nata.rn.gov.br	
55- Roberto Pinheiro - roberto.pinheiro@natal.rn.gov.br	
56- Helene Floriano - HeleneFlo@clck.com.br	
57- Maria das Graças	
58- José Luiz Cavalcanti da Silva - USP Sol I	
59- Dra. Tereza Zanetti Torres - DPT	
60-	
61-	

## Plano de Consolidação e Redação

Plano Municipal de Saúde - 2006-2009

Data: 10/04/06.

Local: Praia das Botas

Horário: 08:00 às 12:00 horas / 14:00 às 17:00 horas.

## Participantes:

01. Glenda Márcio G. P. Freitas - D. S. L
02. Maria dos Graças Dias - DPJ
03. Ana Maria de Castro Murgallão - DGRSS
04. Patrícia Elaine Barcelho de Penhalvo - PSF
05. Simão<sup>FR</sup> Fernandes de Lucena - Núcleo do Idoso / DAB
06. Maria dos Anjos Bezerra Bezerra - SGEs
07. Thayne Harne C. R. do Nascimento - DGSP / Saúde Mental
08. Carmita Fernandes Duz (DSN / M. de)
09. Mary Lúcia Bruno da Mota - DAB
10. Jani de Conceição José Bezerra Sousa.
11. Maria Cristina Almeida Barros - USF Amimã Vardulali
12. SALTE Rocha da Silva (Hosp. dos Recursos Dist. Oeste)
13. Ana Lúcia Vilas dos Santos Cruz - D. S. Oeste
14. Maria das Graças Carmo Ferreira - D. S. Oeste
15. Sílvia Senna de Medeiros Maia - SMS - DGRSS
16. Sílvia Leitor (USFIGARO / DSN)
17. Hérica R. de Miranda Pellies - DGRSS
18. Ema Maria Bulcão
19. Sônia R. P. Florentino DAB/SEU
20. Ivana Solino - DGSP
21. Solange Setta Machado - DAB
22. Maria de Lourdes Martins - CAPS II - Oeste
23. João Luiz Correia da Silva - USF 50º I.
24. Elenir de Sousa (Policlínica Vespúlio)
25. Oscar Rêgo Cruz - DAF nível Central
26. Hildeberto Medeiros da Cunha - D. S. NORTE

GRAFSET

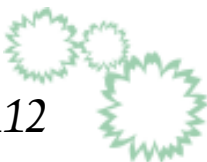
27. Naia do Pui de Lima - D.S. OESTE VISA
28. Evirinde Albuquerque Fernandes - DAB / NAR
29. Virgínia Il - Silve Santos Feltoza - DAB - Núcleo Guanca
30. Maria Aurora e Silva - D.S. Oeste
31. Sheila Duarte de Costa - DVS - SVS - NSA
32. José Alencar dos Santos - VISA - Dist. Sul
33. Cicrapens de Siqueira - DSSUL
34. Anna Cecília Q. Medeiros - D.S. Sul
35. Elaine Loba Netto Costa - D.S. Leste
36. João Rafael Lins Guimarães
37. José Elipto Galvão - D.S. Oeste / DAB
38. Maria de Viterbo J. de Souza (Policlínica E. Norte)
39. Lurivalva Gregório Penedo - USF. Planície das Mangueiras
40. Sidraci dos Santos Queiroz - D.S.O. - COVISA
41. Lúcia Inês Dantas da Silva - D.S.N. - COVISA
42. Ana Jane Tavares de Sousa - CAPS ADE, UBF
43. Janyse B. Montello - D.S.O
44. M<sup>te</sup> Cilina de A. Távora Martins - UJSC E
45. Cláudia Gurgel Leite - NCA (COVISA)
46. Luimenna Barros - DAT
47. Mucelli Alves de Almeida - DCC
48. Maria das Graças Marques - Camacuarais
49. Ana Luiza de Medeiros Lima - Sede Distrito J. Norte
50. Inácio Teófilo de Sousa - Conselho Municipal UZUSA
51. FÉLIX FERREIRO MATHIAS DA SILVA - E.M.S - USUÁRIO
52. Lúcia M<sup>te</sup> Moreira da Silva - S.M.S (Dist. Sombria e
53. Tereza RODRIGUES DA SILVA - Assist. Famacia
54. Magalide Carvalho Aquino Gomes - USF VISTA VERDE
55. Joana Dore Koelle - DAB. S do Adelfo
56. Tereza Campos de Souza - D.S. NOROESTE
57. Lúcio Pereira de Almeida - C.C.Z.
58. Alvanita Maria Bezerra - DVS/SVS/NCA
59. Marlene Tavares de Barros - DVS/SVS/NCA
60. Joice Elaine Barros Barros - DVS/SVS/NCA
61. Maria das Graças de Araújo Pereira - DVS-SVS-NCA
62. Walkiria Maria de Oliveira DGTES/SGES



63. Gláucia Nêja R. de S. Nunes - SGE/S/DGTES
64. Dagdento Lopes Geluzo de Oliveira - DVS/SVS/MSS
65. Vivianne Barbacho Galvão Pereira - DVS/SVS/COVISA-SUL
66. WILLIAM DE MIRANDA BOFFIM - CEZ/DVS
67. Rafael Saraiva de Araujo - CEZ/SMS
68. Neuzenice Lúcia de Oliveira - BMS/PSE
69. Adilene Luciano Moura Lima - CEZ/DVS
70. Denise Toscano Medeiros - DVS-SVE-NAN
71. Wilma M<sup>a</sup> da Costa Medeiros - DVS/SVE/NAN
72. Leticia Luma Grindade - DVS/SVS/NVST
73. CÉLIO CARVALHO DE AQUINO - DVS/SVE
74. Lúcia Lima Barbosa da Silva - DVS/SVE
75. Rosier Magali B. Damasceno - DVS/SMS
76. Maria Cleitiana da Silva Saito - DVS/SVA
77. Lawrence S. Barbara - DVS/SVE
78. Ana Maria dos S. Teixeira - DVS/SVS
79. Ana Marques Santos de Carvalho - DGE/SMS
80. Maria Rêgina Costa Negreiros
81. Maria Maria D'Almeida - Distrito Sanitário Ipuã
82. Terezinha Guedes das Divinas - SMS/DPI
83. Mariete Fernandes Duarte - DGTES
84. Clotilde Macedo de Oliveira Costa - SMS-DPI
85. Moanlem Cardoso da Silva - SMS/DPI
86. Roberto Pinheiro - SMS/DPI
87. Churlean de Albuquerque Junia.
88. Sergio Fabiano Paul - CMS
89. Gabriela Barreto Torres - DPI
90. Danice Ferreira de Melo - DPI
91. Maria das Graças de A. Pessoa
92. Francisco Eduardo da Rocha Gomes
93. Maria de Conceição Marinho de Farias - Gabinete
94. Cássia Leal de Farias
95. Ana Maria de S. Torres
96. Ana Maria de Araújo - Policlínica Ipuã
97. Valdo W. Amorim Soares - DSI

GRAFSET

98. Sônia Soares - COVISA SU
99. Antoninária Bandeira de Freitas / D.S. Sul.
100. Bergson J.D. Jurangas - coord. SAÚDE BEM-ESTAR
101. Gabriela F. Moreira Zelaya / D.S. Oeste
102. Luciana de Tártima Cavallini
103. Auestácio de A. Leite Oliveira
104. José Francisco de Lencastre
105. Jacyr Vieira Barreto Torres - DEI





IMPRESSO NA GRÁFICA E EDITORA LICEU LTDA  
PROJETO GRÁFICO PLENA COMUNICAÇÃO  
FONTE DA CAPA DANIELA  
FONTES DO TEXTO SEGOI UI E DANIELA  
CAPA PAPEL CARTÃO SUPREMO 250g/m<sup>2</sup>  
MIOLO PAPEL COUCHÊ MATE LD 115g/m<sup>2</sup>