

# Plano Municipal de Saúde de Natal



2010 - 2013

**PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE**  
**NATAL-RN**

**Gestão 2010-2013**

**Execução 2011-2013**

**Natal - RN**

**Dezembro/2010**

**PREFEITA**

Micarla de Souza Weber

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Thiago Barbosa Trindade

**SECRETÁRIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

Maria do Perpétuo Socorro Lima Nogueira

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

Elizama Batista da Costa

**COORDENADOR GERAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS**

Carlos Fernando Pimentel Bacelar Viana

**CHEFE DA ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E DA GESTÃO DO SUS**

Edna Maria Pinheiro

**ELABORAÇÃO**

Maria das Graças de Amorim Pessoa

Roberval Edson Pinheiro de Lima

Edna Maria Pinheiro

**APOIO TÉCNICO**

Maria Auxiliadora Soares de Lima

Ariane Rose Souza de Macedo Oliveira

Kátia Maria Queiroz Correia

Maria Cristiana da Silva Souto

Maria Joice Bezerra Loureiro Carvalho

Maria do Perpétuo Socorro Lima Nogueira

Magda Fabiana Dantas da Costa

Maria de Fátima Galvão de Carvalho

Vera Maria Martins de Castro

**APOIO ADMINISTRATIVO**

Suzy Renata Attademo

Amônia Nagib

**COLABORAÇÃO**

Comitê de Humanização da SMS

Representantes do CMS

Representante do Ministério Público-SUS

Representantes dos Departamentos da SMS

Representantes dos Distritos Sanitários da SMS

Representantes das Unidades Municipais de Saúde

# 1 APRESENTAÇÃO

Mais que o cumprimento da formalidade a que está submetido o Gestor Público do Sistema Único de Saúde (SUS), a formatação do Plano Municipal de Saúde, e sua apresentação para toda a Sociedade, com privilégio para os Órgãos de Controle, constitui uma medida imprescindível para o alcance de resultados satisfatórios, que tenham, por vista, a melhoria das condições de vida dos cidadãos natalenses, no que couber a competência da Secretaria Municipal de Saúde de Natal - RN (SMS-Natal-RN).

O momento atual da Política Sanitária em todo o território nacional é ditado pelo Pacto pela Saúde, editado em 2006, e consolidado através dos instrumentos que lhe dão sustentação, tais como o Termo de Compromisso de Gestão e a Pactuação de Indicadores, nos quais são definidas as metas e seus respectivos indicadores de monitoramento e avaliação, imprimindo um caráter de gestão por resultados, pautada em compromissos sanitários, políticos e sociais.

Nessa perspectiva, o Plano Municipal de Saúde de Natal-RN para o quadriênio 2010-2013, dado o fato de que somente foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de Natal-RN, em março de 2011, contendo metas para o quadriênio 2010-2013, foi aprovado contemplando apenas as metas para o triênio 2011-2013, considerando que o exercício do ano de 2010 transcorreu sem que o referido plano fosse apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de Natal - RN para a devida apreciação e deliberação. Ainda assim, consiste num esforço institucional de buscar definir prioridades e metas essenciais à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e a efetivação do direito à saúde no Município de Natal-RN.

Para a construção desta proposta foram necessários inúmeros desdobramentos, como processos de diálogo e de negociação, escuta qualificada, senso crítico apurado e, sobretudo, cautela e zelo com o que preconizam o profuso arcabouço jurídico, bem como o complexo desafio de sua materialização.

Este é o projeto declarado pela SMS-Natal-RN, e do CMS-Natal-RN, a partir de sua aprovação, sendo também um recurso para chamamento de todos os sujeitos políticos que protagonizam esta carta de interesses, revestido de múltiplas características, pois nele estão assinalados os elementos da participação e cidadania, da contribuição técnica, do seu foco operativo e de sua submissão ao olhar e pronunciamento desses atores sociais, resguardando sua principal nuance - ser instrumento da democratização do Setor Saúde no território da Cidade de Natal-RN.

**Thiago Barbosa Trindade**  
**Secretário Municipal de Saúde**

## Serenata do pescador (Praieira)

“Praieira dos meus amores,  
encanto do meu olhar!  
quero contar-te os rigores  
sofridos, a pensar  
em ti, sobre o alto mar ...  
Ai! Não sabes que saudade  
padece o nauta, ao partir,  
- sentindo, na imensidade,  
o seu batel fugir,  
incerto do porvir!  
[...]

Os perigos da tormenta  
não se comparam, querida,  
às dores que experimenta  
a alma, na dor perdida,  
- nas ânsias da partida!  
Adeus à luz que desmaia,  
nos coqueirais, ao sol - pôr ...  
e, bem pertinho da praia,  
o albergue, o ninho, o amor  
do humilde pescador!”

Otoniel Menezes

(A canção "Praieira", de 1922, espécie de hino da cidade do Natal, através do decreto-lei nº 12, de 22 de novembro de 1971, foi considerada pelo governo municipal de Natal, à época, o "Hino da Cidade").

## 2 LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estimativa da população de Natal por sexo e faixa etária. 2009.....	25
Tabela 2: Taxa de crescimento por região administrativa. Natal/RN.....	27
Tabela 3: População de Natal por região administrativa .....	28
Tabela 4: Taxa de mortalidade (por 100.000 hab) por sexo e faixa etária. Natal/RN-2009 .....	36
Tabela 5: Mortalidade proporcional por causas. Natal/RN-2000/2009.....	38
Tabela 6: Mortalidade proporcional por causas, segundo distrito sanitário. Natal/RN-2000/2009.....	39
Tabela 7: Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por 1.000 nascidos vivos, segundo componentes. Natal/RN-2000/2009.....	41
Tabela 8: Número e proporção de nascidos vivos e taxa bruta de natalidade, segundo distrito sanitário. Natal/RN-2009.....	46
Tabela 9: Proporção de nascidos vivos por tipo de parto, segundo distrito sanitário. Natal/RN-2009.....	46
Tabela 10: Percentual de nascidos vivos segundo peso ao nascer segundo distrito sanitário. Natal/RN - 2009.....	47
Tabela 11: Nascidos vivos segundo consulta de pré-natal da mãe e distrito sanitário. Natal/RN - 2009.....	48
Tabela 12: Percentual das causas de morbidade hospitalar de residentes no município de Natal. 2000-2009.....	52
Tabela 13: Número de casos de AIDS segundo sexo e taxa de incidência por ano de notificação. Natal/RN - 2000-2009.....	54
Tabela 14: Número de casos notificados e confirmados de Febre Hemorrágica do Dengue, e óbitos, no período de 2000 a 2010, Natal\RN.*.....	61
Tabela 15: Número de casos de residentes em Natal com agravos relacionados à saúde do trabalhador. 2009 e 2010.....	71
Tabela 16: Cobertura vacinal de crianças menores de um ano de idade, segundo ano e imunobiológico. Natal/RN- 2006/2010.....	78
Tabela 17: Leitos hospitalares existentes no município de Natal. 2005/2009.....	80
Tabela 18: Leitos hospitalares existentes no município de Natal, segundo especialidade. 2009 .....	81
Tabela 19: Leitos hospitalares existentes no município de Natal, segundo esfera administrativa. 2005/2009 .....	82

Tabela 20: Número de leitos complementares existentes no município de Natal. 2009 .....	82
Tabela 21: Número de internações ocorridas no município, segundo especialidade. Natal/RN-2005-2009 .....	85
Tabela 22: Valor aplicado em AIH/internações hospitalares no município de Natal, segundo especialidade e origem do paciente no ano de 2009.....	86
Tabela 23: Valor total aplicado, média por internação e valor per capita/ano das AIH das internações ocorridas no município. Natal/RN-2005/2009.....	87
Tabela 24: Atendimentos realizados pelo SAMU Natal. 2007 a 2009 .....	91
Tabela 25: Série histórica dos investimentos em reais (R\$) do município com medicamentos para a população de Natal. 2005-2009.....	95
Tabela 26: Número de estabelecimentos ambulatoriais da rede de serviços próprios e conveniados pelo SUS, sob gestão municipal. Natal/RN-2009. ....	100
Tabela 27: Número de unidades hospitalares da rede de serviços próprios e conveniados pelo SUS. Natal/RN-2009.....	101
Tabela 28: Série histórica da Força de trabalho da SMS. Natal/RN-2006-2010..	121
Tabela 29: Recursos investidos na força de trabalho da SMS. Natal/RN .....	122

### 3 LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Distribuição espacial das regiões administrativas. Natal/RN.....	27
Mapa 2: Distribuição espacial dos bairros com amostras de Nitrato fora dos padrões. Natal/RN .....	32
Mapa 3: Distribuição espacial dos bairros com ausência de cloro livre nas amostras. Natal/RN-2010 .....	33
Mapa 4: Distribuição espacial da média de casos de doenças diarreicas agudas por bairro. Natal/RN-2010.....	33
Mapa 5: Distribuição espacial da incidência dos casos de Dengue Clássico notificados, por bairro. Natal/RN- 2010.....	60
Mapa 6: Distribuição espacial dos bairros segundo a vulnerabilidade para ocorrência de Dengue no município de Natal/RN nos anos 2010 2011.....	63

### 4 LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Rede de serviços de Saúde Mental do município de Natal. 2010.....	88
Quadro 2: Força de trabalho da SMS. Natal/RN. 2010 .....	122
Quadro 3: Parque tecnológico de informática da SMS. 2010 .....	126

## 5 LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirâmides etárias da população de Natal. 1991, 2000 e 2007 .....	24
Gráfico 2: Taxa Bruta de natalidade do Município de Natal/RN – 2000-2009.....	25
Gráfico 3: Série histórica do índice de envelhecimento do município de Natal/RN. 1980, 1991, 1996, 2000, 2007 e 2009.....	26
Gráfico 4: Pirâmides etárias da população de Natal segundo Região administrativa. 1991, 2000 e2007 .....	28
Gráfico 5: Taxa de Mortalidade Geral (por 1.000 hab), segundo sexo. Natal/RN-2000/2009.....	34
Gráfico 6: Taxa de mortalidade (por 100.000 hab) na faixa de 10 a 19 anos, segundo sexo. Natal/RN-2006-2009 .....	35
Gráfico 7: Taxa de mortalidade (por 100.000 hab) na faixa de 20 a 29 anos, segundo sexo. Natal/RN-2006-2009 .....	35
Gráfico 8: Proporção de óbitos das 6 causas de mortalidade mais frequentes. Natal/RN-2000/2009.....	37
Gráfico 9: Mortalidade proporcional por causa (cinco mais frequentes), segundo distrito sanitário. Natal/RN-2009 .....	39
Gráfico 10: Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) Neonatal e Pós-neonatal. Natal/RN-2000-2009 .....	40
Gráfico 11: Percentual de óbitos menores de um ano por componente. Natal/RN-2009 .....	41
Gráfico 12: Coeficiente de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos), segundo distrito sanitário. Natal/RN-2009.....	42
Gráfico 13: Coeficiente de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos). Natal/RN-2000-2009 .....	43
Gráfico 14: Proporção de nascidos vivos por tipo de parto. Natal/ RN - 2000-2009 .....	44
Gráfico 15: Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes. Natal/RN - 2000/2009.....	45
Gráfico 16: Taxa de natalidade por distrito sanitário. Natal/RN-2009.....	46
Gráfico 17: Percentual de nascidos vivos por tipo de parto, segundo distrito sanitário de residência da mãe. Natal/RN-2009 .....	47
Gráfico 18: Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes, segundo distrito sanitário de residência da mãe. Natal/RN-2009 .....	48

Gráfico 19: Número de internações relacionadas à Gravidez que termina em aborto. Natal/RN-2000/2009 .....	49
Gráfico 20: Percentual das causas de internação hospitalar de residentes no município de Natal/RN. 2009.....	50
Gráfico 21: Taxa de internação por faixa etária e sexo. Natal/RN-2009 .....	51
Gráfico 22: Número de casos de AIDS ocorridos na população de Natal 2000/2009.....	53
Gráfico 23: Série histórica da taxa de detecção (por 1.000 nv) da Sífilis congênita em Natal/RN-2000/2009.....	55
Gráfico 24: Taxa de incidência (por 100.000 hab) de tuberculose no município de Natal/RN-2001/2009.....	55
Gráfico 25: Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de hanseníase no município. Natal/RN-2001-2009.....	56
Gráfico 26: Distribuição dos casos de Dengue Clássico ocorridos em Natal em 2010, segundo faixa etária. ....	60
Gráfico 27: Casos de Dengue clássica por Distrito sanitário de ocorrência em 2010.....	61
Gráfico 28: Série Histórica dos Índices de Infestação Predial de Natal, comparando os anos de 2004 a 2010.....	62
Gráfico 29: Percentual de adultos com 18 anos ou mais fumantes, segundo sexo. Natal/RN. 2009.....	64
Gráfico 30: Percentual de adultos com 18 anos ou mais que praticam atividade física no tempo livre, segundo sexo no município de Natal. 2009.....	65
Gráfico 31: Percentual de adultos com 18 anos ou mais que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, por sexo. Natal/2009.....	66
Gráfico 32: Percentual de adultos com 18 anos ou mais com obesidade, segundo sexo. Natal/2009.....	67
Gráfico 33: Percentual de adultos com 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de Hipertensão, por sexo. Natal/2009 .....	68
Gráfico 34: Percentual de adultos com 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de diabetes, por sexo. Natal/2009.....	68
Gráfico 35: Série histórica do número de leitos hospitalares existentes no município de Natal. 2005/2009 .....	79
Gráfico 36: Percentual de leitos hospitalares existentes no município de Natal, segundo especialidade. 2009.....	80

Gráfico 37: Percentual de Leitos hospitalares SUS existentes no município de Natal, segundo esfera administrativa. 2009 .....	81
Gráfico 38: Percentual de Internações ocorridas por local de residência do paciente. Natal/RN-2009.....	84
Gráfico 39: Série histórica do número de internações de pacientes com residência e ocorrência em Natal. 2005/2009.....	84
Gráfico 40: Percentual de internações de residentes no município por especialidade. Natal/RN-2009.....	86
Gráfico 41: Série histórica dos investimentos, em reais (R\$) do município com medicamentos para a população de Natal. 2005-2009.....	94
Gráfico 42: Quantidade de exames laboratoriais realizados pela rede própria da SMS. Natal/RN - 2006/2010 .....	99
Gráfico 43: Percentual do custo dos procedimentos ambulatoriais realizados no município, segundo gestão. Natal/RN-2009 .....	103
Gráfico 44: Número de procedimentos (gestão municipal) realizados no município. Natal/RN-2000/2009.....	104
Gráfico 45: Receitas, em reais (R\$), de Impostos e de transferências constitucionais por ano. Natal/RN - 2000/ 2009.....	115
Gráfico 46: Recursos, em reais (R\$), transferidos do SUS por ano. Natal/RN - 2000/2009.....	115
Gráfico 47: Recursos, em reais (R\$), transferidos do SUS por habitante por ano. Natal/RN-2000 a 2009.....	116
Gráfico 48: Despesa total, em reais (R\$), com saúde por ano. Natal/RN – 2000/2009.....	116
Gráfico 49: Despesa total, em reais (R\$), com saúde por habitante por ano. Natal/RN - 2000/2009 .....	117
Gráfico 50: Despesas, em reais (R\$), com pessoal por ano. Natal/RN - 2000/2009 .....	117
Gráfico 51: Percentual da despesa com pessoal em Relação à despesa total por ano. Natal / RN - 2000 a 2009.....	118
Gráfico 52: Percentual da despesa com investimento em relação à despesa total por ano. Natal/RN – 2000/2009.....	118
Gráfico 53: Percentual de recursos próprios em saúde - EC 29, por ano. Natal/RN-2000/2009.....	119
Gráfico 54: Série histórica da Força de trabalho da SMS. Natal/RN-2006/2010	121

## 6 SIGLAS E ABREVIACÕES

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- AME** - Ambulatório Médico Especializado
- ANATEL** – Agencia Nacional de Telecomunicações
- BIRD** – Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento
- BK** – Bacilo de Koch
- CAERN** – Companhia de Águas e Esgotos do RN
- CAPS** – Centro de Atenção ao Psicossocial
- CEREST** – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CGR** – Colegiado de Gestão Regional
- CIB** – Comissão Intergestores Bipartite
- CMI** -Coeficiente de Mortalidade Infantil
- CMM** – Comitê de Mortalidade Materna
- CMS** – Conselho Municipal de Saúde
- CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- COSEMS** – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
- DATASUS** – Departamento de Informática do SUS
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- INCA** – Instituto Nacional de Câncer
- LACEN-RN** – Laboratório Central do Rio Grande do Norte
- LOA** – lei Orçamentária Anual
- LDO** – Lei de Diretrizes Orçamentárias
- MS** – Ministério da Saúde
- NASF** – Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família
- NOAS** - Norma Operacional da Assistência à Saúde
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Panamericana de Saúde
- PAS** – Programação Anual de Saúde
- PDI** – Plano Diretor de investimento

- PIB** – Produto Interno Bruto
- PMS** – Plano Municipal de Saúde
- PNUD** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PPA** – Plano Plurianual
- PPD** – Purified Protein Derivative
- PPI** – Programação Pactuada e Integrada
- PROESF** – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
- RAG** – Relatório Anual de Gestão
- REMUME** – Relação Municipal de medicamentos Essenciais
- SEMURB** – Secretaria de Meio Ambiente e Urbanismo
- SESAP** – Secretaria de Estado da Saúde Pública
- SIA** – Sistema de Informações Ambulatoriais
- SIAB** – Sistema de Informações da Atenção Básica
- SIH** – Sistema de Informações Hospitalares
- SIM** – Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SINASC** – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
- SISREG** – Sistema nacional de Regulação
- SMS** - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TAC** -Termo de Ajuste de Conduta
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- UNICAT** – Unidade de Controle de Agentes Terapêuticos
- USF** – Unidade de Saúde da Família
- VIGITEL** – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
- WHO** – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

# SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	3
2	LISTA DE TABELAS	5
3	LISTA DE MAPAS	7
4	LISTA DE QUADROS	7
5	LISTA DE GRÁFICOS	8
6	SIGLAS E ABREVIACÕES	11
7	MISSÃO	16
8	INTRODUÇÃO	17
9	METODOLOGIA	19
10	ANÁLISE SITUACIONAL	22
10.1	Dados Gerais do município	22
10.2	Perfil Demográfico	23
10.3	Aspectos Sócio-econômicos	29
10.4	Diagnóstico ambiental	31
10.5	Situação de Saúde	34
10.5.1	Mortalidade Geral	34
10.5.2	Mortalidade por causas	36
10.5.3	Mortalidade Materna	42
10.5.4	Perfil dos Nascidos vivos	44
10.5.5	Morbidade Hospitalar	49
10.5.6	Doenças de notificação compulsória	53
10.5.7	Zoonoses e agravos determinados por animais	57
10.5.8	Fatores Comportamentais de Risco	64
10.5.9	População prisional	69
10.5.10	Saúde do Trabalhador	70
11	ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	73
11.1	Atenção Básica	73
11.1.1	Estratégia Saúde da Família	73

11.1.2	Saúde Bucal	76
11.1.3	Alimentação e Nutrição	77
11.1.4	Imunização	78
11.2	Atenção Especializada	78
11.2.1	Assistência hospitalar	79
11.2.2	Assistência ambulatorial	87
11.2.3	Saúde Mental	88
11.2.4	SAMU	90
11.2.5	Assistência Farmacêutica	92
11.2.6	Assistência Laboratorial	97
11.3	Rede de serviços	100
11.3.1	Rede ambulatorial	100
11.3.2	Rede Hospitalar	101
11.4	Produção Ambulatorial	103
11.5	Vigilância em Saúde	105
11.5.1	Vigilância Epidemiológica	105
11.5.2	Vigilância Ambiental	106
11.5.3	Vigilância Sanitária	106
11.5.4	Vigilância à Saúde do Trabalhador	108
11.5.5	Controle de zoonoses e agravos determinados por animais	108
<b>12</b>	<b>GESTÃO EM SAÚDE</b>	<b>110</b>
12.1	Estrutura Organizacional da Gestão do Sistema Municipal de Saúde	110
12.2	Financiamento do SUS em Natal	113
12.3	Gestão de Pessoas	120
12.4	Controle Social do SUS	123
12.5	Recursos tecnológicos	126
12.6	Regulação	128
<b>13</b>	<b>OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS</b>	<b>136</b>
13.1	Eixos e Diretrizes do PMS 2011 - 2013	136
13.2	Eixo 01: Atenção Integral à Saúde	137
13.2.1	Diretriz 1.1. Fortalecimento da Atenção Básica	137
13.2.2	Diretriz 1.2- Atenção integral à saúde das populações por ciclo e gênero.	138
13.2.3	Diretriz 1.3- Atenção às pessoas em situações especiais de agravos.	143
13.2.4	Diretriz 1.4- Linhas de Cuidados Estratégicos na Atenção Básica.	148

13.2.5	Diretriz 1.5. Atenção Especializada em Saúde _____	150
13.2.6	Diretriz 1.6. Assistência Farmacêutica _____	151
13.2.7	Diretriz 1.7. Assistência Laboratorial _____	153
13.2.8	Diretriz 1.8. Vigilância em Saúde – Ações integradas de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária, Saúde do Trabalhador e Controle de Zoonoses	153
13.3	Eixo 02: Gestão Estratégica e Participativa no SUS _____	159
13.3.1	Diretriz 2.1. Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde __	159
13.3.2	Diretriz: 2.2- Gestão de Insumos e de Infra-Estrutura _____	160
13.3.3	Diretriz: 2.3 - Gestão de Recursos Financeiros _____	160
13.3.4	Diretriz: 2.4- Planejamento e Informação em Saúde _____	161
13.3.5	Diretriz: 2.5 - Regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS _____	161
13.3.6	Diretriz: 2.6- Controle Social, Participação, Educação Popular e Ouvidoria do SUS	162
14	VIABILIDADE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE _____	165
15	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO _____	168
16	REFERÊNCIAS _____	172
17	APÊNDICES _____	174
18	ANEXOS _____	182

## 7 MISSÃO

*Servir com excelência, ética e eficiência,  
contando com servidores competentes e valorizados, primando  
todos pelo respeito ao cidadão e ao meio ambiente, contribuindo  
para fazer de Natal uma cidade cada vez mais humana,  
socialmente mais justa, solidária e sustentável, com a melhor  
qualidade de vida para toda a população.*

## 8 INTRODUÇÃO

O planejamento deve ser uma iniciativa adotada pela Gestão Pública, considerando em especial a formulação dos instrumentos de planificação do SUS que nortearão a Política Setorial, em conformidade com o que preconizam as normas vigentes.

A base legal do Sistema Único de Saúde (SUS) disciplina a descentralização, atenção integral e participação da comunidade, como diretrizes indispensáveis para organização das ações e serviços.

Para o Planejamento em Saúde, além da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica do SUS, a Lei nº 8.080 e a 8.142/1990, são definidas normas complementares a partir de Portarias Ministeriais, dentre elas, aquelas que tratam do Planejamento em Saúde (PlanejaSUS) e da Gestão Participativa (ParticipaSUS), delineando instrumentos e métodos de trabalho.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Natal-RN, embora represente apenas o triênio 2011-2013, representa a declaração de intenções da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Natal-RN) em construir sua atuação com fundamento na atenção integral à saúde, atuando nos campos da promoção, proteção e recuperação da saúde.

É imprescindível que, em seu processo de elaboração, o Plano seja participativo, com representação dos segmentos sociais e dos agentes políticos do SUS (gestores, gerentes, trabalhadores), considerando, em especial, a efetiva participação do Conselho Municipal de Saúde.

A estrutura do PMS está assim definida no corpo deste documento: um bloco contendo uma densa análise crítica e reflexiva sobre o SUS em Natal-RN, e o outro com foco em definição de macro-diretrizes para sua consolidação como política de inclusão social e defesa da vida.

O primeiro bloco se inicia com o capítulo que diz respeito à Análise Situacional, uma leitura diagnóstica de aspectos diversos, delineados num rico levantamento demográfico, sócio-econômico, epidemiológico, sanitário e ambiental. O bloco seguinte é formado pela caracterização da Atenção Integral à Saúde, no qual são apresentados indicadores situacionais típicos do Modelo de Atenção, englobando a assistência, desde o nível primário até a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, como também trazendo as informações relativas às ações de Vigilância em Saúde que complementam o cuidado com a

população. Em seguida, são caracterizados os elementos que traduzem o Modelo de Gestão da Saúde em Natal-RN, considerando o Sistema Municipal de Saúde, que se conforma num conjunto de ações e serviços que suprem a demanda dos municípios e de população referenciada de todo o Estado.

No segundo bloco se encontra a parte propositiva do Plano, explicitada no capítulo dos Objetivos, Diretrizes e Metas, contendo as formulações para a temporalidade de referência, organizadas de acordo com os eixos da Atenção Integral e da Gestão em Saúde, e de acordo com os compromissos sanitários assumidos nos diversos instrumentos de gestão atualmente em vigor. Como fechamento dessa seção, declara-se também o propósito do Monitoramento e Avaliação (M&A) do PMS como recurso de sua factibilidade, amparado em revisão contínua, retroalimentação das informações e redimensionamento de seus compromissos.

Em síntese, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN (SMS –Natal-RN) disponibiliza aqui seu cabedal para planificação do Sistema de Saúde, compondo um instrumento de consulta obrigatória, dos que fazem a Gestão, no âmbito da Direção e do Controle Social da Política Sanitária na Capital do Estado do Rio Grande do Norte - Brasil, considerando sua relevância no cenário da cristalização e fortalecimento dos objetivos do SUS, propugnados nos diplomas legais que dão lastro a esta proposta.

## 9 METODOLOGIA

O Plano Municipal de Saúde (PMS) apresentado nesse documento, tem como base o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS n.º 399/2006), o Relatório da IV Conferência Municipal de Saúde, o Termo de Compromisso de Gestão Municipal (Portaria GM/MS n.º 699/2006), bem como, as diretrizes nacionais que norteiam o Planejamento em Saúde, através do PlanejaSUS/Ministério da Saúde (Portaria GM/MS n.º 3.332/2006).

Como estratégia de consulta à população foi realizada quatro fóruns distritais durante o ano de 2009 que após terem seus resultados consolidados integraram uma agenda de discussões durante o ano de 2010, contando com a participação de equipe gestora, técnicos e membros do controle social em Reuniões Temáticas, como foco na planificação em saúde e elaboração dos instrumentos, com ênfase no PMS.

Serviu ainda como principal subsídio as discussões ocorridas durante as plenárias do Conselho Municipal de Saúde e audiências públicas realizadas com fundamento na Lei n.º 8.689/1993, realizadas na Egrégia Casa Legislativa deste Município, envolvendo trabalhadores, vereadores, membros da Administração Municipal, representações comunitárias e sociais e demais usuários, discutindo-se as questões prioritárias estabelecidas no campo da Atenção Integral à Saúde.

Desdobramentos foram promovidos após as assembleias, através da realização de discussões tipo oficina de trabalho, tendo em vista a necessidade de revisar todo o processo vivenciado, formulando a formatação final do PMS, com foco no capítulo dos objetivos, diretrizes e metas, que constituem, por assim dizer, a parte propositiva do Plano.

As dificuldades em construir este Plano em conformidade com a base normativa e a articulação do seu processo de análise situacional, de definição de diretrizes e metas para a temporalidade proposta, e ainda, a formatação de mecanismos e instrumentos para efetivar o seu monitoramento e avaliação, exigiram que o tempo utilizado nesse desenvolvimento excedesse o preconizado. Entretanto, cumpriu-se a determinação régia de envolvimento dos atores sócio-políticos do Município.

Ressalte-se que a Gestão de Saúde Municipal assume nesse Plano junto com o executivo municipal um desafio inadiável para com sua população: construir uma gestão democrática, compartilhada, que favoreça, incentive e respeite as conquistas dos usuários e trabalhadores da saúde, numa perspectiva de fortalecimento da cidadania.

Considere-se ainda a imensurável necessidade de construir no município um modelo de atenção à saúde que expresse a decisão política pactuada entre o poder público municipal e a sociedade civil, essa última representada pelo Conselho Municipal de Saúde, fator esse que justifica a necessidade da validação deste PMS, assegurando a diretriz e princípio da participação social, defendendo ainda a unicidade do Sistema Único de Saúde (SUS), ofertando um serviço público de saúde com qualidade, baseado na universalidade, acessibilidade e, sobretudo, resolubilidade.

# 10. ANÁLISE SITUACIONAL



## 10 ANÁLISE SITUACIONAL

### 10.1 Dados Gerais do município

O município de Natal se localiza na região litorânea do estado do Rio Grande do Norte, nordeste do Brasil, limita-se ao norte com Extremoz, ao sul com Parnamirim, ao leste com o Oceano Atlântico e ao oeste com São Gonçalo do Amarante.

Natal, capital do estado, possui uma área territorial de aproximadamente 168,3Km<sup>2</sup> e fica a 30 m acima do nível do mar, numa região cercada de dunas. Abrange na sua extensão ecossistemas de relevância ambiental tais como: estuários, restingas, dunas, falésias, baías, recifes, corais, planícies, entre outros.

A cidade é banhada pelo principal rio do Estado, o Potengi, formado pelo avanço das marés, onde se encontra um importante porto marítimo para o Estado. Na sua função sócio-econômica se encontra as atividades de pesca e comercialização de pescados. O Rio Doce, alimentado pela Lagoa de Extremoz e o Rio Pitimbu que deságua na Lagoa do Jiqui, fazem parte da hidrografia do município.

O clima predominante é o Tropical úmido com temperaturas médias variando entre 26° e 28°, com umidade relativa do ar em torno de 78,9%. O período chuvoso ocorre durante os meses de março a agosto e o período de maiores estiagens acontece nos meses de setembro a março. A proximidade da região do município com a linha do equador é um fator que justifica os altos índices de irradiação solar, que garante sol em aproximadamente 300 dias do ano.

Possui o segundo maior parque urbano do Brasil, com relevância reconhecida internacionalmente: o Parque das Dunas que abrange uma área de preservação ambiental importante para conservação das espécies e local de proteção aos lençóis freáticos e da qualidade da água

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

O crescimento do município de Natal resultou em uma grande conurbação com os municípios de São Gonçalo do Amarante e Parnamirim, processo comum em centros urbanos em expansão horizontal cujas áreas urbanas se fundem formando um contínuo urbano.

## 10.2 Perfil Demográfico

A população de Natal, segundo o censo do IBGE de 2010, é de 803.811 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 4.734,07 hab/km<sup>2</sup>. As mulheres são a maioria e representam 53% da população total, enquanto que o percentual de homens é de 47%. Isso significa que a razão de sexo é de 88,8 homens para cada 100 mulheres

Nas últimas décadas a população vem aumentando, porém o ritmo de crescimento vem diminuindo com taxas de crescimento anuais cada vez menores. No período intercensitário 1980 a 1991 a taxa foi de 3,47%, entre 1991 e 2000 caiu para 1,80% e de 2000 para 2010 a taxa reduziu para 1,20%. Com esse crescimento, a população chegou a dobrar nessas três décadas.

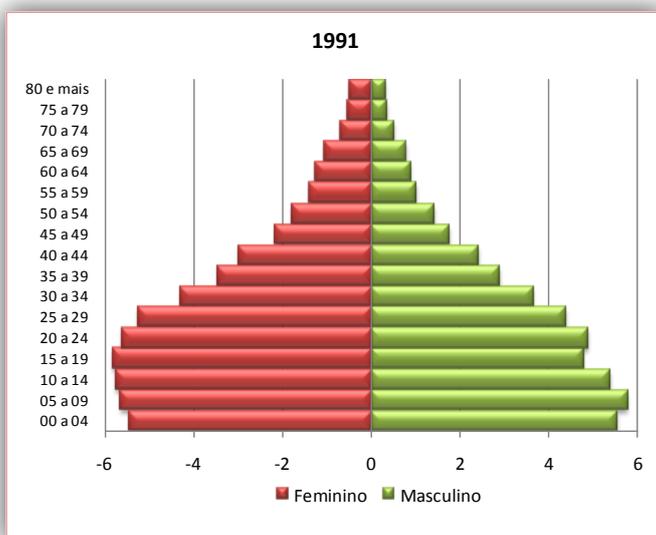
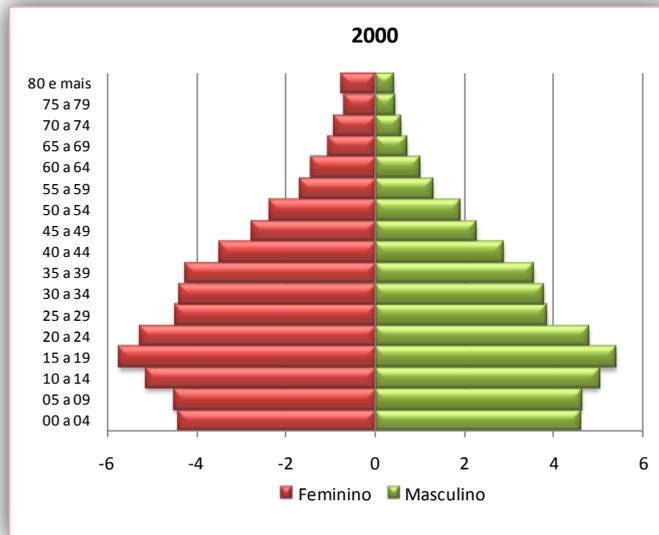
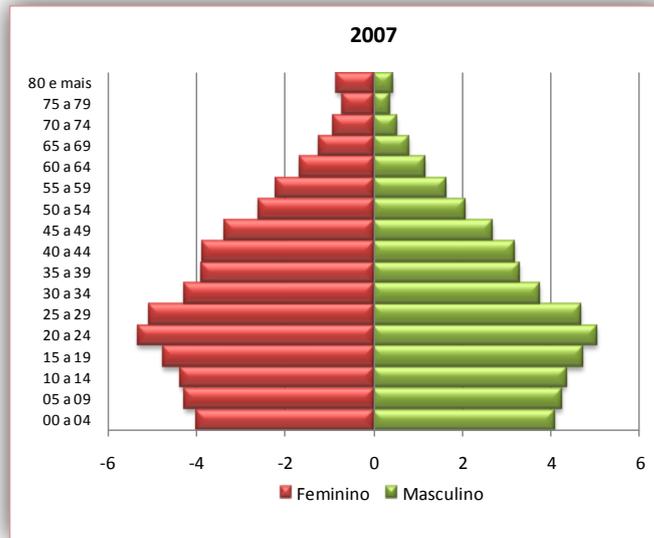
A estrutura etária da população vem se modificando em função de diversos fatores, entre eles a redução das taxas de mortalidade, natalidade e de fecundidade que ocasionam a diminuição da população jovem e aumento dos idosos. A evolução da medicina e a melhoria nas condições gerais de vida da população contribuem para elevar a expectativa de vida da população. Todas essas mudanças se refletem na estrutura da pirâmide etária da população que se modifica a cada período, como pode ser visto nas pirâmides etárias da população. A redução da mortalidade infantil do município de Natal tem contribuído para o estreitamento da base da pirâmide, que vem perdendo o aspecto piramidal (1980), com bases largas, típico de países com mortalidade infantil alta.

Foi observado que a taxa de fecundidade que em 1991 era de 2,44 filhos por mulher, diminuiu para 1,99 filhos por mulher no ano de 2000, conforme resultado do último censo disponível.

Quanto à taxa de natalidade, seu valor decresceu significativamente e, em 2009, caiu para 14,8 nascidos vivos para cada 1000 habitantes.

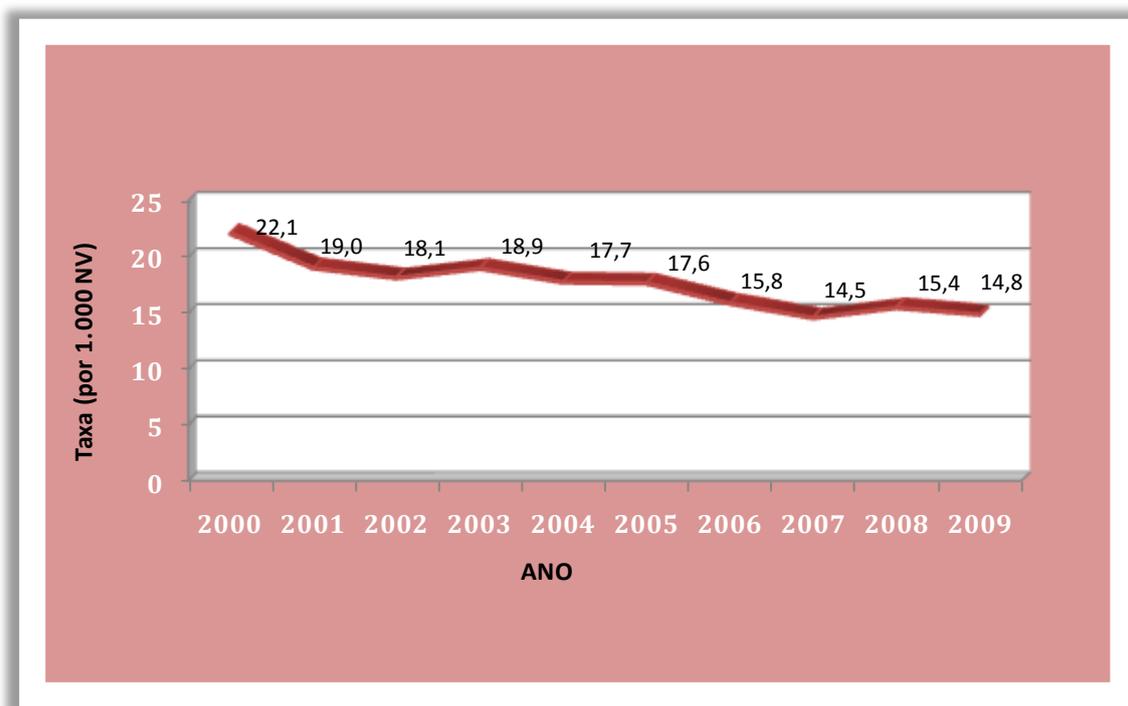
A proporção de crianças e jovens no município de Natal diminuiu principalmente na faixa de menores de cinco anos, cuja proporção em 2007 foi reduzida para a metade, quando comparada que em 1991. A partir dos 25 anos o fenômeno se inverte, ou seja, se observa aumento na proporção da população a partir dessa idade até as faixas etárias mais altas.

Gráfico 1: Pirâmides etárias da população de Natal. 1991, 2000 e 2007



Fonte: MS, Datasus/IBGE

Gráfico 2: Taxa Bruta de natalidade do Município de Natal/RN – 2000-2009



Fonte: SMS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Tabela 1: Estimativa da população de Natal por sexo e faixa etária. 2009

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor 1 ano	6176	1,63	5950	1,39	12126	1,50
1 a 4 anos	25139	6,65	24572	5,74	49711	6,17
5 a 9 anos	33571	8,88	33762	7,89	67333	8,35
10 a 14 anos	34325	9,08	34452	8,05	68777	8,53
15 a 19 anos	36445	9,64	36387	8,50	72832	9,03
20 a 29 anos	77859	20,59	82207	19,21	160066	19,85
30 a 39 anos	58341	15,43	66517	15,54	124858	15,49
40 a 49 anos	47902	12,67	58602	13,69	106504	13,21
50 a 59 anos	30794	8,14	40131	9,38	70925	8,80
60 a 69 anos	16859	4,46	25110	5,87	41969	5,21
70 a 79 anos	7470	1,98	13374	3,12	20844	2,59
80 anos e mais	3314	0,88	6944	1,62	10258	1,27
<b>Total</b>	<b>378195</b>	<b>100,00</b>	<b>428008</b>	<b>100,00</b>	<b>806203</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS,, Datasus

A esperança de vida ao nascer que em 1991 era de 66,59 anos, subiu 2 anos no período de 10 anos, tendo aumentado para 68,78 em 2000. Esse indicador de longevidade sintetiza as condições de saúde de determinado local, uma vez que quanto mais mortes houver nas faixas etárias mais precoces, menor será a expectativa de vida observada no local.

O envelhecimento da população é um ponto a destacar em Natal quando se observa um acentuado crescimento do índice de envelhecimento nas últimas décadas. Esse indicador chegou a dobrar no período 1980-2009, assumindo o valor de 47,9% neste último ano, conforme mostra o gráfico 3. A faixa etária de 0 a 14 anos que representava 35,7% da população em 1980 reduziu para 24,6% em 2009 e a população idosa quase triplicou nesse período, porém, proporcionalmente, passou de 4% para 5,9% da população natalense. Os dados mostram que a tendência atual é de se ter menos jovens e mais pessoas idosas.

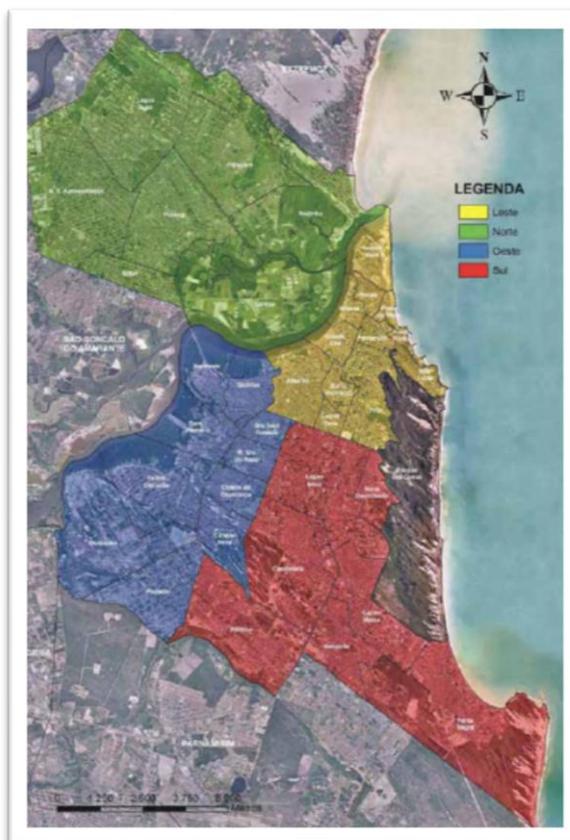
Gráfico 3: Série histórica do índice de envelhecimento do município de Natal/RN. 1980, 1991, 1996, 2000, 2007 e 2009



Fonte: MS,, Datasus

## Região administrativa

O município é dividido em quatro regiões administrativas, sendo a região Norte a mais populosa, com 296.756 habitantes estimados para 2010 que representam 36,92% da população de Natal. A Região Sul, com 166.786 habitantes, tem uma representação de 20,75% da população. A região Leste é a que possui o menor contingente populacional e, sua população de 122.406 representa 15,23% do total dos habitantes da cidade. A região Oeste, cuja proporção é de 27,10% dos habitantes, comporta uma população estimada de 217.863, sendo a segunda em número de habitantes. Muito embora, a região Leste tenha a menor população do município, possui maior densidade populacional.



Mapa 1: Distribuição espacial das regiões administrativas. Natal/RN

A população da Região Administrativa Norte foi a que mais cresceu nos últimos anos e, no período que abrange o censo de 2000 e a contagem populacional de 2007, a taxa média anual de crescimento foi de 2,24%. A segunda região que mais cresceu foi a Oeste, com taxa de 1,01% ao ano e, na seqüência, aparece a região Sul com taxa de 0,43%. A região Administrativa Leste teve o menor crescimento populacional, 0,22%, salientando-se ainda que no período intercensitário anterior (1991-2000) a população dessa região decresceu.

Tabela 2: Taxa de crescimento por região administrativa. Natal/RN

Região	Taxa de crescimento anual 1991-2000	Taxa de crescimento anual 2000-2007
Norte	5,80	2,24
Sul	0,80	0,34
Leste	-1,10	0,22
Oeste	0,30	1,01
<b>Natal</b>	<b>1,80</b>	<b>1,18</b>

Fonte: IBGE e SEMURB

Analisando-se as estruturas etárias das regiões administrativas, observa-se que elas têm diferenças importantes. As pirâmides das regiões Norte e Oeste apresentam bases mais largas, ou seja, com uma proporção de jovens maior. Por outro lado, as pirâmides das regiões Sul e Leste apresentam maior proporção de adultos e idosos, principalmente na faixa acima de 60 anos e sua base estreita, característica de populações que estão envelhecendo.

Gráfico 4: Pirâmides etárias da população de Natal segundo Região administrativa. 1991, 2000 e 2007

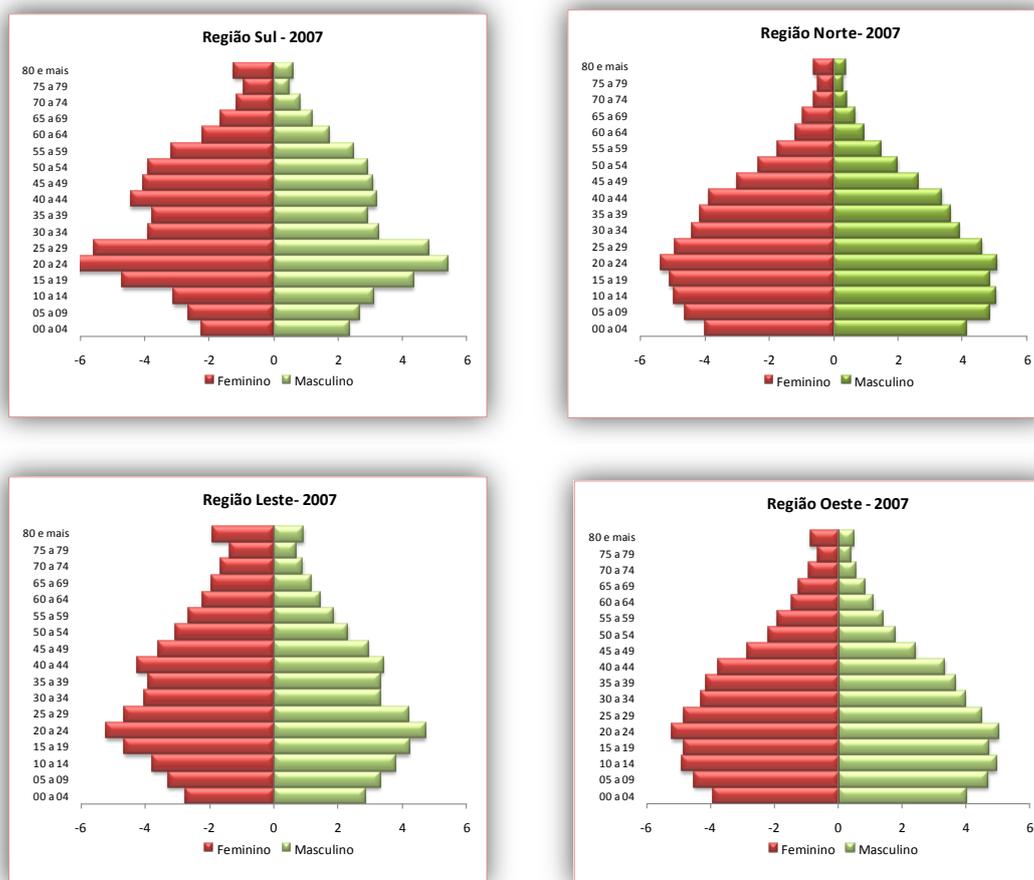


Tabela 3: População de Natal por região administrativa

Município/Região	Contagem populacional 2007	População estimada 2009	População estimada 2010*
Norte	285.831	307.968	296.756
Sul	160.646	163.385	166.786
Leste	117.900	119.259	122.406
Oeste	209.843	215.580	217.863
<b>Natal</b>	<b>774.230</b>	<b>806.203</b>	<b>803.811</b>

Fonte: Censo 2010 e contagem populacional de 2007 - I BGE

População 2009 estimada - SEMUB

População 2010 estimada por região a partir da população do censo 2010 de Natal- SMS

### 10.3 Aspectos Sócio-econômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano geral de Natal aferido em 2000 foi de 0,788 e, segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano. Comparada aos outros municípios do RN, está na 1ª posição no ranking do estado, e ocupa a 7ª posição no nordeste.

No componente educação, apresentou um IDH de 0,887, considerado elevado. Na dimensão renda o IDH do município assumiu o valor de 0,746 e na dimensão longevidade o índice foi de 0,730, sendo a que menos contribuiu no IDH geral do município.

#### Economia/Renda

A economia da cidade está assentada no turismo e na indústria têxtil. Natal é reconhecida pelo seu potencial natural turístico, principalmente pelas suas praias e dunas, gerando emprego e renda para a cidade.

De acordo com o IBGE, o Produto Interno Bruto (PIB) de Natal em 2008 era de 8,6 bilhões de reais e o PIB per capita, de 10.847,40 reais. A cidade possui grande relevância na economia do estado, e participa com 34% de todo o PIB do Rio Grande do Norte, sendo ainda o maior PIB per capita do estado. No período de 2003 a 2008 o PIB per capita cresceu 56,51%.

Natal é uma das cidades brasileiras com maior desigualdade de renda, comprovado através do coeficiente de Gini, que em 2003 assumiu o valor de 0,53, conforme dados do IBGE. Esse índice é o mais alto entre as capitais do país.

Em virtude dos dados do censo de 2010 ainda não estarem disponíveis, a análise sobre os rendimentos da população de Natal será feita com base no censo de 2000.

A renda nominal média mensal do responsável pelo domicílio era de R\$ 919,10, equivalente a 6,09 salários mínimos da época. Analisando-se essa mesma variável por região administrativa, verifica-se que 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 nível sócio-econômico superior, teve a maior renda média e representou 11,6 salários mínimos. A segunda maior renda foi obtida na região leste, correspondendo a 9 salários mínimos. Isto mostra as desigualdades econômicas existentes no município. Embora não se disponha ainda dos dados de 2010, podemos inferir que essa situação ainda prevalece.

## Educação

A dimensão educação foi o que mais contribuiu para o aumento do índice de desenvolvimento de Natal. Em 2000 a taxa de analfabetismo em Natal na faixa etária de 15 anos e mais, diminuiu quando comparado com o resultado do censo anterior, passando de 16,4% para 11,9%. Mesmo assim se colocava entre as cinco capitais brasileiras com maiores taxa de analfabetismo, conforme dados do MS/Datasus.

A taxa mais alta de analfabetismo foi encontrada na região administrativa Oeste, com uma representação de 18,2% da população em foco. A menor taxa ocorreu na Região Sul, cujo valor não chegou a 4,3%. As regiões Norte e Leste tiveram taxas de 13,5% e 9,8% respectivamente.

## Habitação

De acordo com o último censo realizado pelo IBGE em 2010, Natal possui 270.546 domicílios particulares permanentes. Dentre eles, 15% não estavam ocupados no momento da pesquisa. A densidade domiciliar atingiu a média de 3,5 pessoas por domicílios.

A SEMURB, através de estudo realizado em 2005, identifica 66 áreas de assentamentos precários no município que concentram 18.632 domicílios, sendo a maior parte nas regiões Norte e Oeste. Nessas áreas habitam 9,3% da população de Natal, sendo 40% na região Norte, 4% na região Sul, 24% na Leste e 32% na Oeste. Nessas áreas se concentra a população de classes sociais menos favorecidas.

## Quadro Sanitário

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

A rede geral de abastecimento cobre 97,21% dos domicílios restando 2,79% que utiliza outras fontes de abastecimento como poços, cacimbas, cisternas e chafarizes. A população não atendida pelo sistema formal de abastecimento de água está condensada, principalmente, nas regiões administrativas Norte e Oeste. Ressalta-se que esses dados são relativos ao censo do ano 2000, visto que os dados de 2010 ainda não estão disponíveis.

Quanto aos resíduos sólidos, o Município é atendido por coleta pública em 97,61% dos domicílios, com frequência média de três vezes por semana. Do percentual coletado a grande maioria tem, enquanto destinação final, a disposição em aterro sanitário.

A cidade usa o aterro sanitário da Região Metropolitana localizado no município de Ceará-Mirim, sendo utilizado para enviar todo o lixo urbano coletado. A coleta seletiva foi implantada. No entanto, ainda não contempla a totalidade dos bairros.

De acordo com dados da Companhia de Águas e Esgotos do RN (CAERN), em 2010 havia 60.069 domicílios ligados a rede de esgotos que corresponde a 22,2% do total de domicílios existentes no Município.

## 10.4 Diagnóstico ambiental

São evidentes os sinais de deteriorização do ambiente em escala planetária. A degradação progressiva dos ecossistemas, a contaminação crescente da atmosfera, solo e água, bem como o aquecimento global são exemplos dos impactos das atividades humanas sobre o ambiente. Esses problemas são exacerbados em situações locais em que se acumulam fontes de riscos advindas de processos produtivos passados ou presentes, como a disposição inadequada de resíduos industriais, a contaminação de mananciais de água e as péssimas condições de trabalho e moradia.

De acordo com a Secretaria de Meio Ambiente e Urbanismo (SEMURB) o baixo índice de arborização no município tem contribuído para o aumento da temperatura nesses últimos anos. Além disso, a verticalização da cidade dificulta a circulação natural dos ventos causando desconforto térmico, interferindo na qualidade de vida da população.

A impermeabilização do solo tem aumentado e, em conseqüência, as águas das chuvas têm dificuldade de penetrar no subsolo impedindo a alimentação do aquífero subterrâneo. As enchentes são agravadas por excesso de pavimentação que impedem a infiltração da água, provocando um volume maior de escoamento e drenagem superficial.

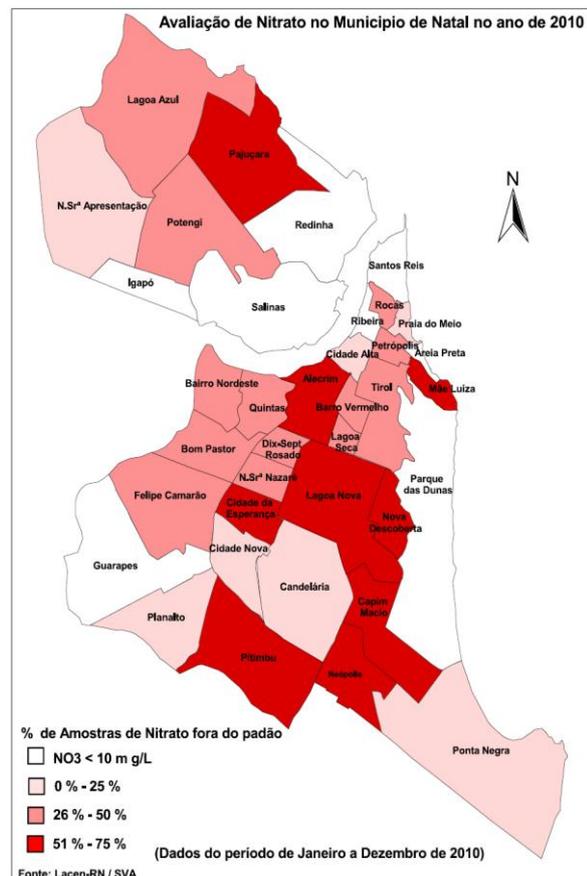
Outro problema relevante identificado no município diz respeito à invasão das dunas com a construção de casas tanto para moradia como para especulação imobiliária. Essas dunas são de grande importância para o equilíbrio ambiental contribuindo para o processo de infiltração de água da chuva no aquífero subterrâneo.

A poluição do ar e sonora são problemas ambientais prejudiciais à saúde. Contribui para o agravamento desses problemas o crescimento da frota de veículos, que nos últimos 10 anos cresceu 88%. Em 2010 a cidade contava com 307.436 veículos, resultando numa taxa de 38 carros para cada 10 habitantes.

Os altos níveis de nitrato na água distribuída para a população representam um dos mais graves problemas ambientais em Natal que ocorre em função da inexistência de um sistema eficiente de saneamento para coleta e tratamento de esgoto na cidade.

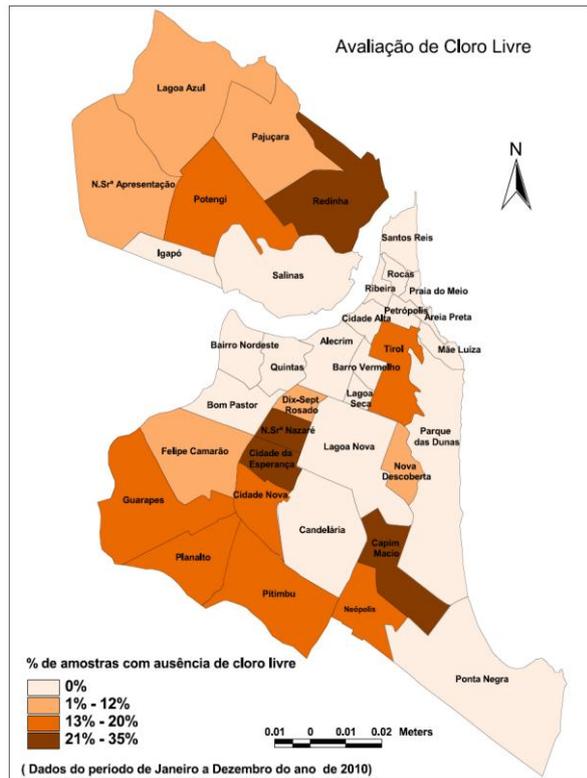
Em estudo realizado pela Secretaria Municipal de Saúde no final do ano de 2010 foram coletadas amostras de água em toda Natal e encaminhadas para análise no LACEN-RN. Os resultados são insatisfatórios quando as concentrações de nitrato ultrapassam o valor limite de 10 mg/L, estabelecido na Portaria 518/04.

O mapa 2 ao lado exibe o panorama da cidade de Natal em relação à concentração de nitrato na rede pública de abastecimento de água no ano de 2010. Observa-se que os bairros de Pajuçara, Mãe Luíza, Cidade da Esperança, Alecrim, Lagoa Nova, Nova Descoberta, Capim Macio, Pitimbu e Neópolis se encontram em piores condições, pois apresentaram mais de 50% das amostras colhidas com nitrato acima de 10 mg/L. Apenas os bairros de Igapó, Redinha, Santos Reis, Ribeira e Guarapes não apresentaram nenhuma amostra com concentração acima de 10 mg/L. Quando determinado local está com níveis altos de nitrato, cabe a CAERN realizar manobras para diluição da água fornecida à população.

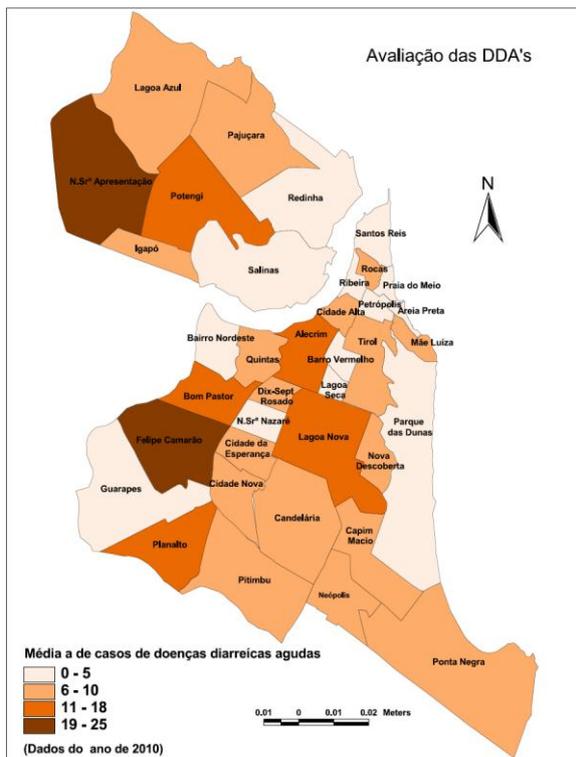


Mapa 2: Distribuição espacial dos bairros com amostras de Nitrato fora dos padrões. Natal/RN

Em relação à presença de cloro livre na água distribuída à população, o mapa ao lado mostra que os bairros da Redinha, Nazaré, Cidade da Esperança e Capim Macio apresentaram um maior quantitativo de amostras fora dos padrões em relação à ausência de cloro livre. Contudo, ao se analisar a presença de coliformes totais, uma vez que a desinfecção da água é um procedimento essencial para impedir a proliferação de microorganismos. Observa-se que os bairros de Pitimbu e Mãe Luíza foram os que obtiveram de 19 a 25% das amostras fora dos padrões apesar das análises de cloro se apresentarem satisfatórias.



Mapa 3: Distribuição espacial dos bairros com ausência de cloro livre nas amostras. Natal/RN-2010



Mapa 4: Distribuição espacial da média de casos de doenças diarreicas agudas por bairro. Natal/RN-2010

O mapa ao lado apresenta os casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) que ocorreram no ano de 2010 no município de Natal, onde os bairros que tiveram a maior média de casos por semana epidemiológica foram Nossa Senhora da Apresentação e Felipe Camarão não coincidindo com a avaliação realizada na água, uma vez que estes bairros apresentaram poucas amostras com ausência de cloro livre e presença de coliformes totais. Desta forma, tal resultado pode estar veiculado a outra fonte de contaminação, possivelmente ligados a precárias condições de higiene e/ou alimentos contaminados.

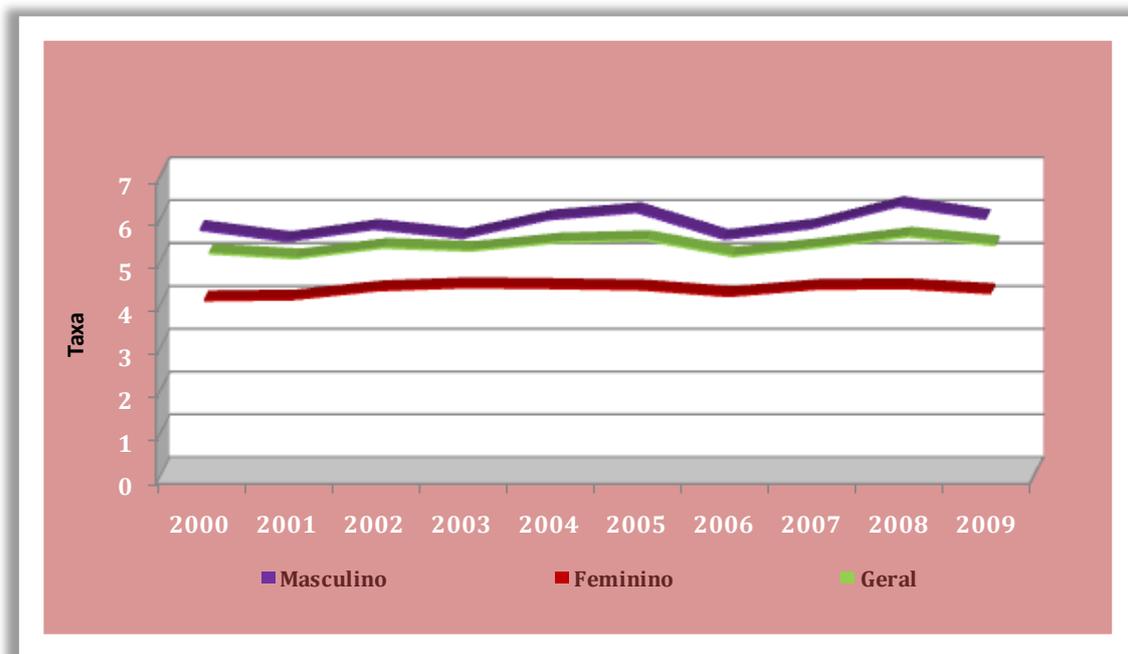
## 10.5 Situação de Saúde

### 10.5.1 Mortalidade Geral

O coeficiente geral de mortalidade nos últimos anos não sofreu grandes alterações e tem se mantido em torno de 5 óbitos por cada 1.000 habitantes, conforme pode ser visualizado no gráfico 5. Observa-se ainda que, em todo período observado, a mortalidade masculina se revela superior à feminina.

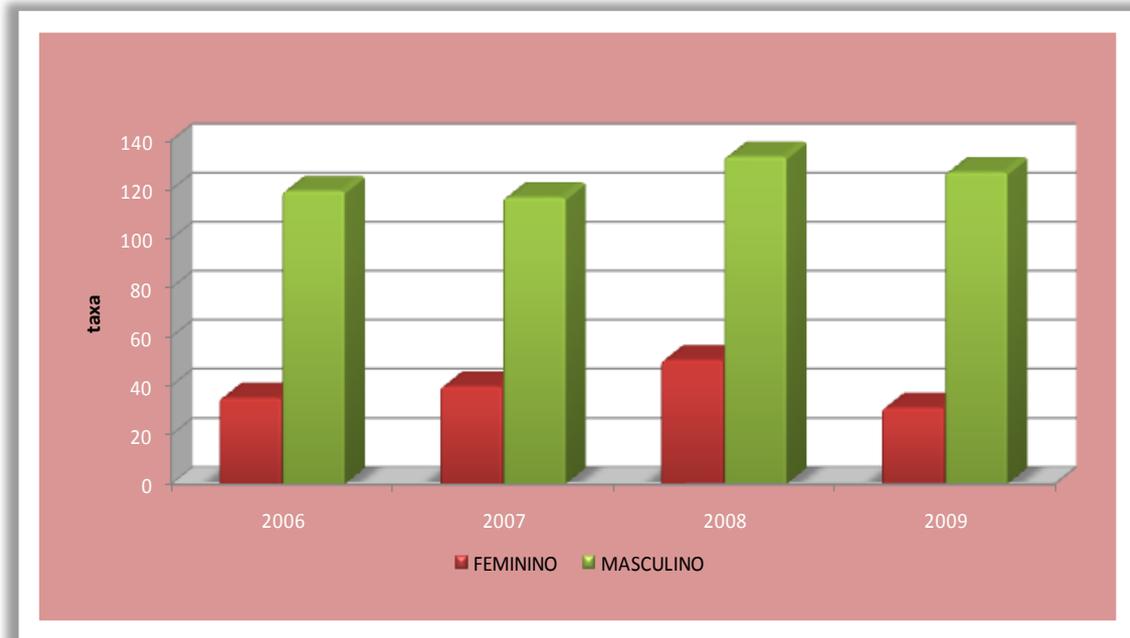
Verifica-se que as taxas mais altas de mortalidade ocorrem na população das faixas etárias mais elevadas, como é o esperado. Ao se cruzar a faixa etária com o sexo, percebe-se resultados importantes: entre os adolescentes de 15 a 19 anos a taxa de mortalidade é extremamente superior nos homens e, em 2009 chegou a ser quatro vezes maior do que nas mulheres. Já na faixa de 20 a 29 anos, a taxa de mortalidade masculina é ainda mais alta, ou seja, cinco vezes maior.

Gráfico 5: Taxa de Mortalidade Geral (por 1.000 hab), segundo sexo. Natal/RN-2000/2009



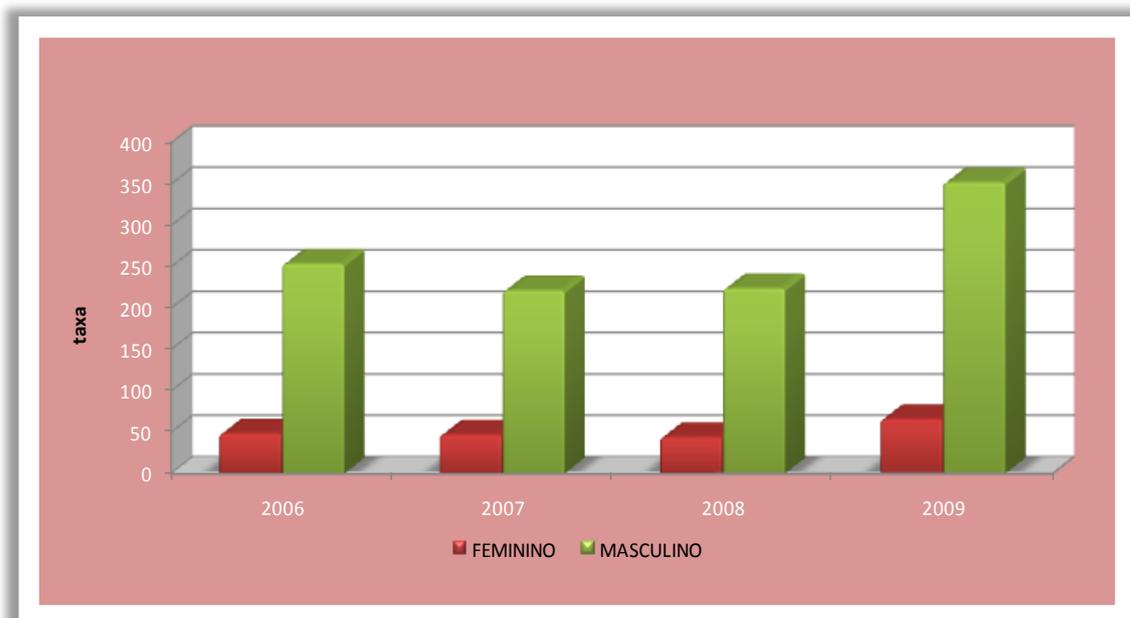
Fonte: SMS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade

Gráfico 6: Taxa de mortalidade (por 100.000 hab) na faixa de 10 a 19 anos, segundo sexo. Natal/RN-2006-2009



Fonte: SMS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade

Gráfico 7: Taxa de mortalidade (por 100.000 hab) na faixa de 20 a 29 anos, segundo sexo. Natal/RN-2006-2009



Fonte: SMS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade

Tabela 4: Taxa de mortalidade (por 100.000 hab) por sexo e faixa etária. Natal/RN-2009

Faixa Etária	Feminino	Masculino
< 01 ano	1008,4	1424,9
01-04	57,0	59,7
05- 09	29,6	20,9
10-19	31,1	127,2
20-29	65,7	351,9
30-39	73,7	260,5
40-49	223,5	450,9
50-59	443,5	857,3
60 e +	2852,9	4456,8
<b>Total</b>	<b>424,1</b>	<b>618,2</b>

Fonte: SMS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade

### 10.5.2 Mortalidade por causas

A primeira causa de mortalidade em Natal se refere ao grupo de doenças do aparelho circulatório que representou mais de um quarto dos óbitos de residentes no município no ano de 2009. Neste grupo se destacam as doenças isquêmicas do coração, que em sua grande maioria se referem ao infarto agudo do miocárdio e as doenças cérebro vasculares. Vem se constituindo como o primeiro grupo de causa de óbitos em mulheres e o segundo nos homens, com proporção de 30,2% e 22,2% respectivamente. As maiores freqüências ocorrem nos adultos com idade igual ou superior a 50 anos. No entanto, na análise da série histórica de 2000 a 2009, observa-se que, proporcionalmente, as doenças que integram esse grupo de causas de mortalidade estão diminuindo.

O segundo grupo de causas, com proporção de 19,5%, diz respeito às neoplasias e, entre elas, se destacam em primeiro lugar as neoplasias malignas da traquéia, brônquios e pulmões, seguidas das neoplasias da mama, da próstata e do estômago. Em 2009, foi o segundo grupo de causa de óbitos em mulheres e o terceiro nos homens com maior ocorrência nas faixas etárias mais altas, acima de 40 anos. Cresceu de 15,3% para 19,5% no período de 2000 a 2009.

As causas externas de morbidade e mortalidade foram o terceiro grupo de causas mais freqüentes no município, com percentual de 15,7%. No período de 2000 a 2009 foi observado um aumento, tendo passado de 12,1% para 15,7% do total de causas. Tem sido a primeira causa de óbitos entre os homens e, em 2009, representou 22,9% dos óbitos masculinos. As maiores freqüência de óbitos por causas externas acontecem em indivíduos com idade de 15 a 39 anos, sendo que na faixa de 20 a 29 anos se encontra a maior proporção, 40% do total de mortes por causas externas em 2009. As agressões (homicídios) se configuram como a primeira causa de morte entre as mortes violentas, com representação de 44,0%.

A segunda causa, com 27,8%, refere-se aos eventos com intenção indeterminada que, em grande parte, se refere a mortes por disparo de arma de fogo cuja intenção não foi possível identificar. A mortalidade por acidentes de transporte terrestre está entre as principais no conjunto das causas externas tendo demonstrado uma tendência de queda nos últimos anos, reduzindo de 15,4% para 10,7% no período de 2000 a 2009.

As doenças do aparelho respiratório também tiveram um peso importante na mortalidade do município visto que representaram quase 10% das causas, estando em quarto lugar na classificação. A causa mais freqüente desse grupo foi a pneumonia (64,4%). Vem sendo o terceiro grupo de causa de óbitos em mulheres e o quarto nos homens e as maiores freqüências ocorrem nos idosos com idade maior ou igual a 60 anos.

Em quinto lugar aparece as Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas, cuja proporção em 2009 foi de 7,3%, revelando-se mais freqüente nas mulheres do que nos homens. Nesse grupo se destacou a diabetes que representou 78% desse grupo de causas, tendo sido a primeira causa de óbito entre as mulheres no ano de 2009.

Ocupando o sexto lugar, aparecem as Doenças do Aparelho Digestivo, com 5% dos óbitos, dos quais pouco mais da metade se relacionava a doenças do fígado. Em 2009, a proporção de óbitos do grupo em mulheres foi igual a dos homens e as maiores freqüências foram nas faixas etárias acima de 40 anos.

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

Gráfico 8: Proporção de óbitos das 6 causas de mortalidade mais frequentes. Natal/RN-2000/2009

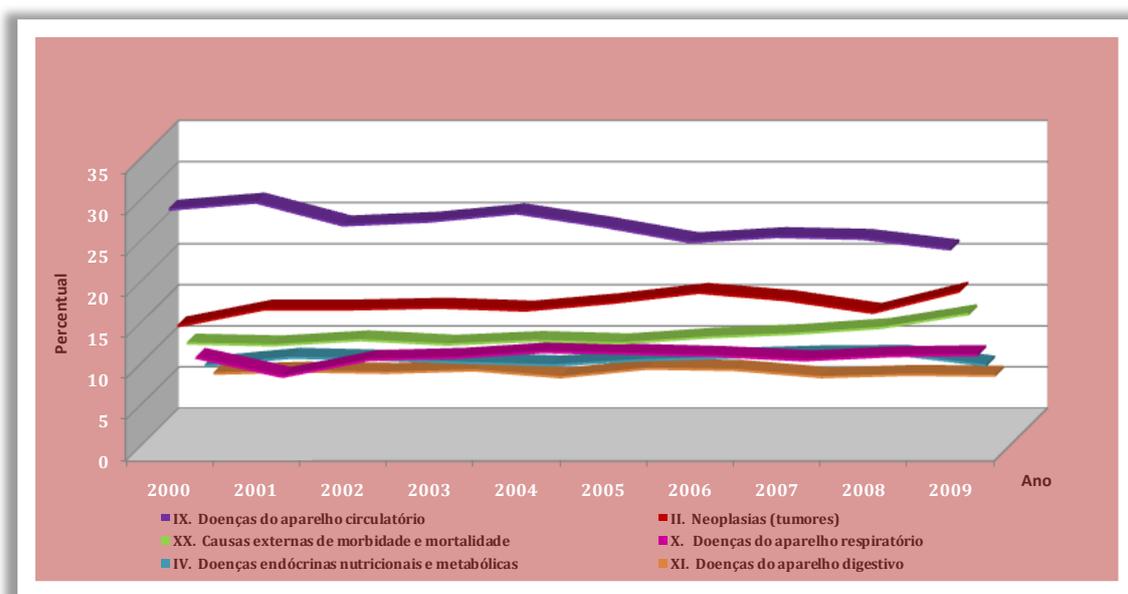


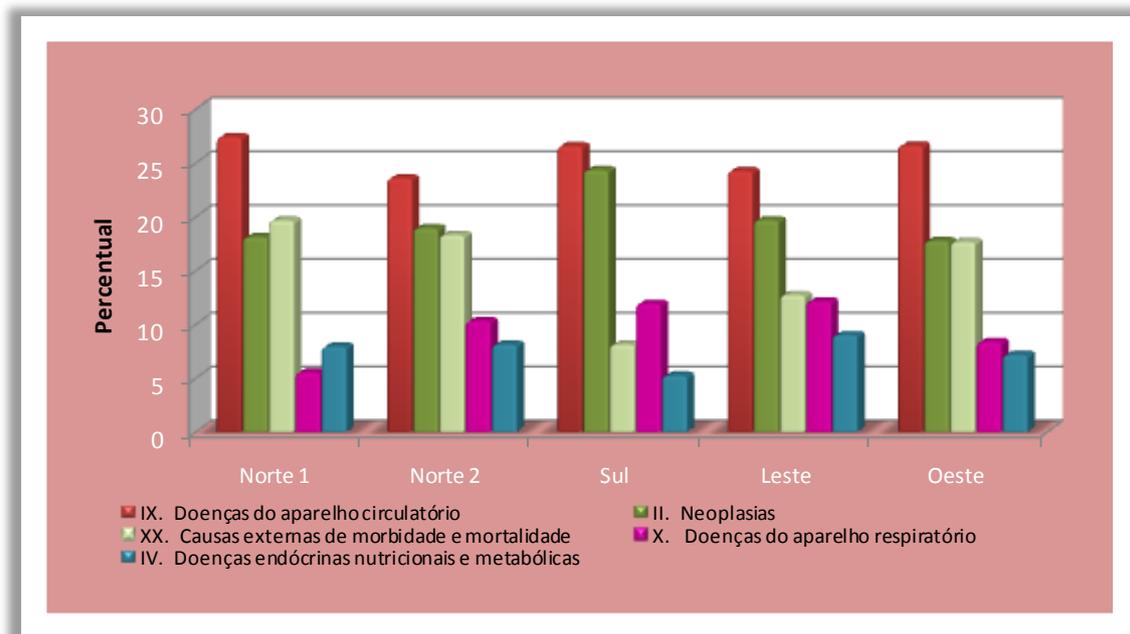
Tabela 5: Mortalidade proporcional por causas. Natal/RN-2000/2009

Capítulo CID-10	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,6	4,0	4,1	4,5	4,6	4,3	3,9	4,0	4,4	3,9
II. Neoplasias (tumores)	15,3	17,4	17,4	17,6	17,2	18,2	19,4	18,5	16,9	19,5
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transtornos imunitários	0,5	0,8	0,6	0,6	0,3	0,3	0,5	0,7	0,5	0,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7,3	8,3	8,0	7,6	7,3	7,9	8,2	8,5	8,6	7,3
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,8	0,3	0,6	0,7	0,7	0,6	0,8	0,8	0,8	0,7
VI. Doenças do sistema nervoso	1,5	1,5	1,4	2,1	1,3	1,9	2,5	2,6	3,0	2,8
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	30,6	31,5	28,7	29,1	30,1	28,5	26,6	27,3	27,0	25,7
X. Doenças do aparelho respiratório	9,3	7,0	9,1	9,3	10,0	9,8	9,5	9,0	9,5	9,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	5,2	5,5	5,3	5,6	4,8	5,8	5,7	4,8	5,1	5,0
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,7	0,7	0,7	0,9	0,7	1,0	0,7	0,5	1,0	0,8
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0,3	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2,1	2,2	2,2	1,7	2,1	2,3	1,9	2,2	2,2	3,0
XV. Gravidez parto e puerpério	0,3	0,1	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	5,7	4,7	5,0	3,7	3,8	3,6	3,5	3,7	2,7	2,1
XVII. Malformação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas	1,6	1,5	1,8	1,4	1,9	1,2	1,4	1,2	1,5	1,1
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais	2,2	2,5	2,3	2,3	2,4	2,2	2,1	2,7	2,2	1,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12,1	11,9	12,5	12,0	12,5	12,2	12,9	13,3	14,0	15,7
<b>Total</b>	<b>100,0</b>									

Fonte: SMS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade

Comparando-se a mortalidade por distrito sanitário se percebe que as doenças do aparelho circulatório predominam entre eles. No entanto, as neoplasias tinham maior proporção no distrito Sul e menor no Oeste. Já as causas externas foram mais freqüentes nos Distritos Norte I e II e Oeste. Os óbitos por doenças do Aparelho respiratório tiveram maior percentual nos distritos Sul e Leste. Já as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas alcançaram a menor proporção no distrito Sul e a maior no Leste.

Gráfico 9: Mortalidade proporcional por causa (cinco mais frequentes), segundo distrito sanitário. Natal/RN-2009



Fonte: SMS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade

Tabela 6: Mortalidade proporcional por causas, segundo distrito sanitário. Natal/RN-2000/2009

Causa (CID10 CAP)	Norte 1	Norte 2	Sul	Leste	Oeste
IX. Doenças do aparelho circulatório	27,4	23,6	26,6	24,2	26,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	19,7	18,3	8,1	12,7	17,7
II. Neoplasias (tumores)	18,1	18,9	24,3	19,7	17,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7,9	8,1	5,2	9,0	7,1
X. Doenças do aparelho respiratório	5,5	10,3	11,9	12,1	8,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,8	4,9	5,8	5,2	5,0
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,1	4,0	3,3	4,4	4,6
VI. Doenças do sistema nervoso	2,4	1,9	4,6	3,0	1,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2,4	3,4	3,1	3,0	3,5
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	2,4	1,8	1,8	2,0	2,4
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais	1,7	1,9	1,2	1,8	2,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	1,2	0,4	1,0	0,6	0,3
XVII. Malformações congênita deformidades e anomalias cromossômicas	1,2	0,9	1,6	0,8	0,9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,5	1,0	0,5	1,0	0,9
III. Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtorno imunitário	0,3	0,4	0,5	0,1	0,3
XV. Gravidez parto e puerpério	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0,0	0,0	0,4	0,1	0,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SMS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade

## Mortalidade Infantil

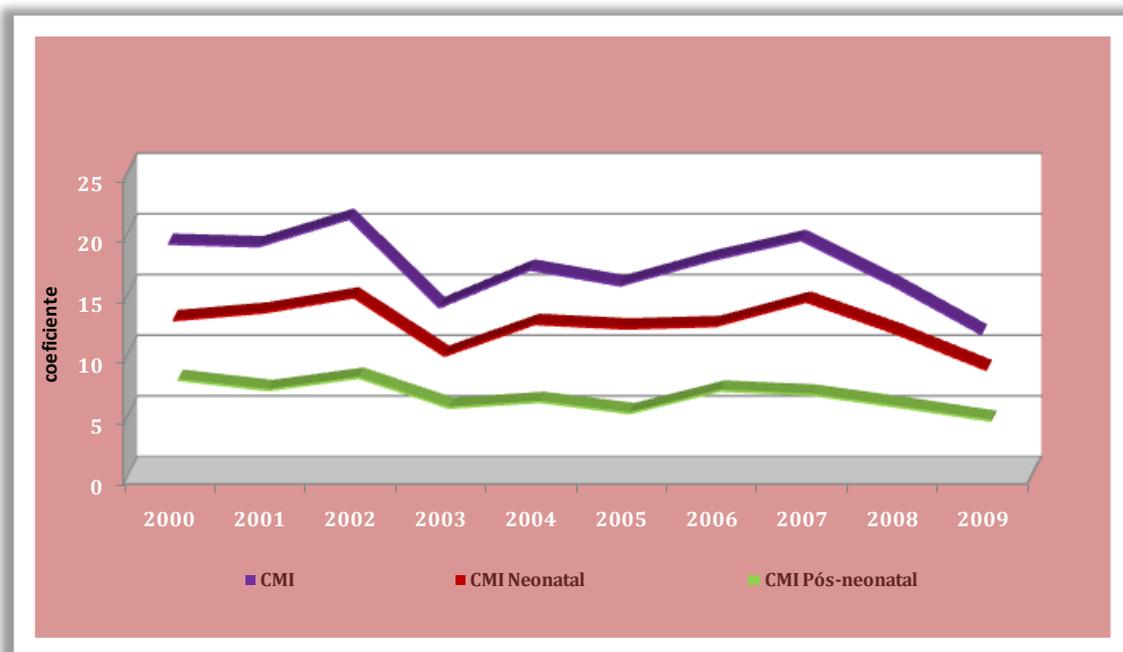
A Mortalidade infantil é considerada um dos melhores indicadores para a avaliação da qualidade da assistência à saúde, bem como do nível sócio-econômico de uma população.

Em Natal, a taxa de mortalidade infantil caiu no período de 2000 a 2009, tendo passado de 19,8 mortes de menores de um ano por mil nascidos vivos para 12,3/mil em 2009. Foi observado que o componente pós-neonatal é o responsável pela maior parte da redução da mortalidade infantil visto que a proporção desses óbitos que no início do período era de 35,7%, decresceu para 29,9%.

Os óbitos neonatais representam a maior parcela da mortalidade infantil. Em 2009, atingiu um percentual de 70,1% da mortalidade infantil. Esses óbitos podem ser considerados como evitáveis e passíveis de intervenção através do conhecimento das causas e da melhoria na qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde (Taucher,1979).

Nos últimos anos, as ações desenvolvidas para a promoção da saúde da criança tais como campanhas de vacinação, enfrentamento das doenças diarreicas e da desnutrição vêm contribuindo para a queda da taxa de mortalidade infantil.

Gráfico 10: Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) Neonatal e Pós-neonatal. Natal/RN-2000-2009



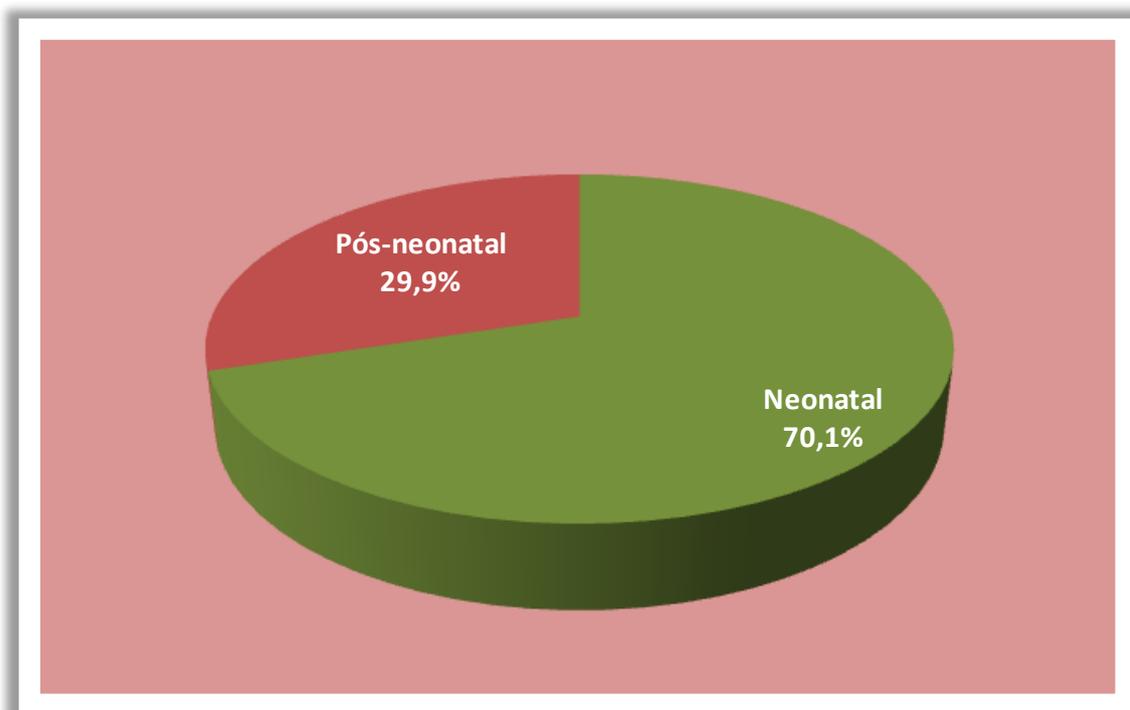
Fonte: SMS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos vivos

Tabela 7: Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por 1.000 nascidos vivos, segundo componentes. Natal/RN-2000/2009

ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CMI	19,8	19,6	21,8	14,5	17,7	16,4	18,4	20,1	16,4	12,3
CMI Neonatal	12,7	13,4	14,6	9,8	12,4	12,0	12,3	14,3	11,6	8,6
CMI Pós-neonatal	7,1	6,2	7,2	4,8	5,2	4,3	6,2	5,8	4,8	3,7

Fonte: SMS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade

Gráfico 11: Percentual de óbitos menores de um ano por componente. Natal/RN-2009

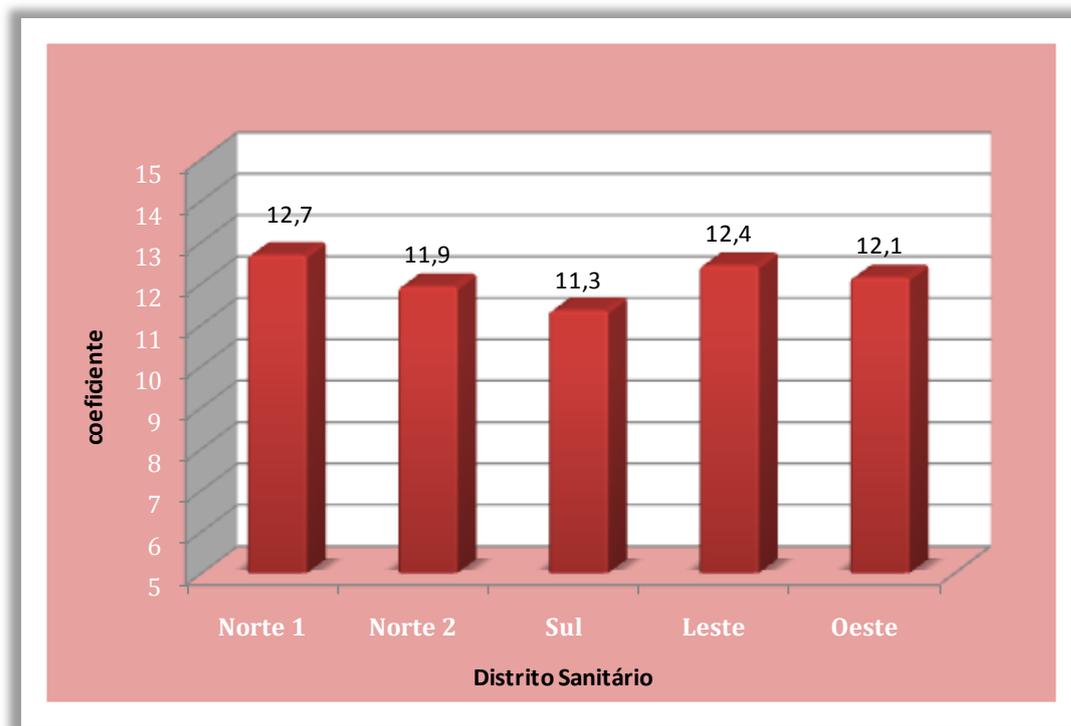


Fonte: SMS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos vivos

O grupo das Afecções Originadas ao Período Perinatal tem sido a maior causa de óbitos em crianças menores de um ano e, em 2009, representou 58,8% do total de óbitos em menores de um ano. O segundo grupo de causas foram as Mal Formações Congênitas Deformidades e Anomalias Cromossômicas, com percentual de 20,3%. A terceira causa mais freqüente foram as Doenças do Aparelho Respiratório, cuja proporção foi de 4,7%.

O coeficiente de mortalidade infantil, analisado por distrito sanitário, não apresenta grandes diferenças entre eles: o menor valor foi encontrado no Distrito Sul cuja taxa foi de 11,3 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos e o maior foi no distrito Norte 1 com taxa de 12,7/1000 nascidos vivos.

Gráfico 12: Coeficiente de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos), segundo distrito sanitário. Natal/RN-2009



Fonte: SMS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos vivos

### 10.5.3 Mortalidade Materna

A mortalidade Materna em Natal tem apresentado oscilações muito grandes não demonstrando tendência de queda ou crescimento no período de 2000 a 2009. É um indicador muito sensível às variações e, dependendo do tamanho da população, um óbito materno pode aumentar muito a sua taxa.

Em 2000, foram registrados 9 óbitos maternos no município, levando a uma taxa de mortalidade materna (TMM) de 57,2/100.000 nascidos vivos. Em 2001 a taxa reduziu para quase metade e em 2003 foi o ano onde se teve o maior número de mortes maternas (11 óbitos) chegando a uma taxa de 78,0/100.000 nascidos vivos. Depois disso diminuiu chegando a 41,8/1000.000 em 2009.

Levando-se em conta que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera aceitável uma taxa de mortalidade materna de até 20/100.000 nascidos vivos, percebe-se que as taxas de Natal ainda estão acima do desejável.

Presume-se que essas taxas de mortalidade poderiam ser ainda mais altas se não houvesse a sub-informação causada pelo preenchimento incorreto das declarações de óbito, ou seja, omissão de que a morte teve causa relacionada à

gestação, ao parto ou ao puerpério. Isso ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto à relevância desse documento como fonte de dados para a avaliação e adoção de cuidados à saúde da gestante, sem esquecer que compromete a confiabilidade das estatísticas.

O Comitê de Mortalidade Materna (CMM) tem contribuído para a elucidação dessas mortes, com a investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil no município de Natal. O CMM visa analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Representa ainda um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher. (Manual do Comitê de Mortalidade Materna, 2007).

As doenças hipertensivas, as hemorragias, as eclâmpsias, as infecções, os abortamentos e as complicações do puerpério são os principais motivos das mortes maternas no município.

Gráfico 13: Coeficiente de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos). Natal/RN-2000-2009



Fonte: SMS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos vivos

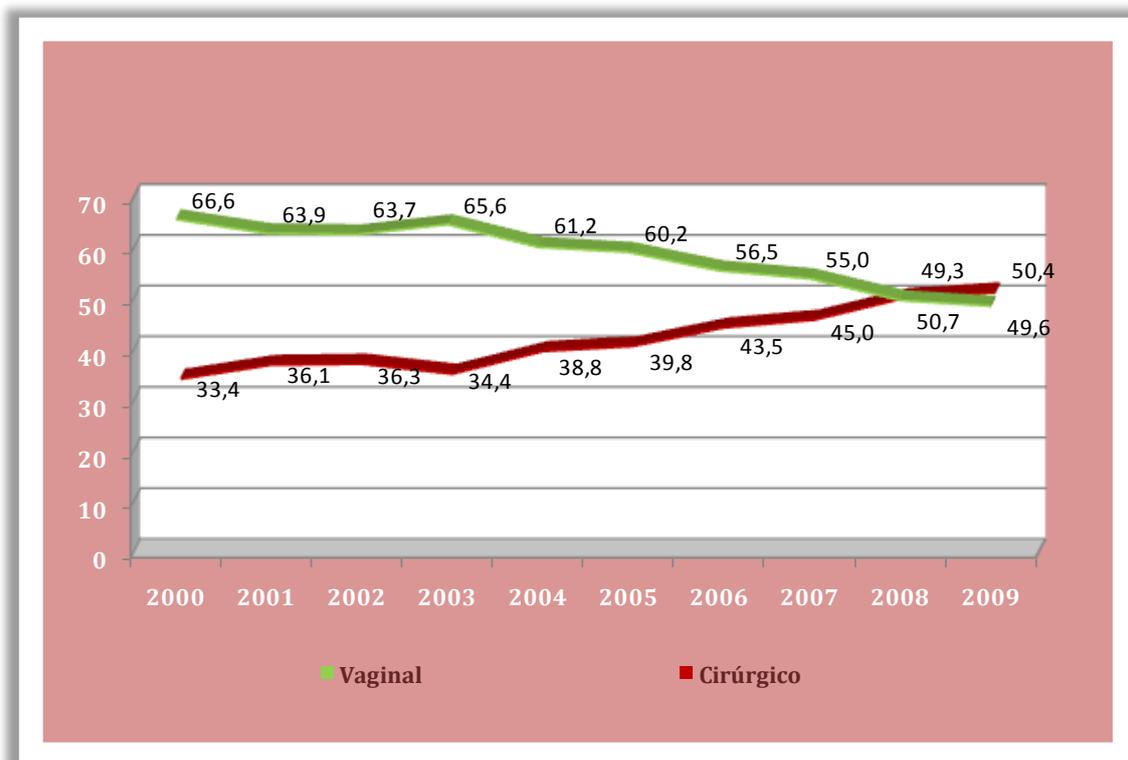
### 10.5.4 Perfil dos Nascidos vivos

Em 2009 nasceram vivas 12.035 crianças em Natal, todas elas de mães residentes no município, o que resultou numa taxa bruta de natalidade de 14,9 nascidos vivos para cada mil habitantes.

Praticamente metade dos nascidos vivos foi de partos cirúrgicos em 2009. Essa é uma prática que tem crescido muito nos últimos anos e é comprovada, quando se observa que no período de 2000 a 2009 a proporção de partos cirúrgicos que no início era de 33,4%, aumentou para 50,4% no final do período. Por outro lado, a proporção de partos vaginais que sempre foi maior do que a dos cirúrgicos vem diminuindo e, a partir de 2008, houve uma inversão e passou a ser menor, conforme pode ser observado na figura abaixo.

Estudos apontam que essas taxas altas possam estar relacionadas a diversos fatores, dentre eles: as conveniências de horário e de valores diferenciados recebidos pelo profissional médico, o modelo de organização da assistência obstétrica no país, a falta de leitos nos pré-partos dos hospitais, a cultura da "cesariana a pedido da mãe" e a possibilidade de realização concomitante de ligadura de trompas durante a cirurgia. Além disso, muitas mulheres associam o parto vaginal à dor.

Gráfico 14: Proporção de nascidos vivos por tipo de parto. Natal/ RN - 2000-2009

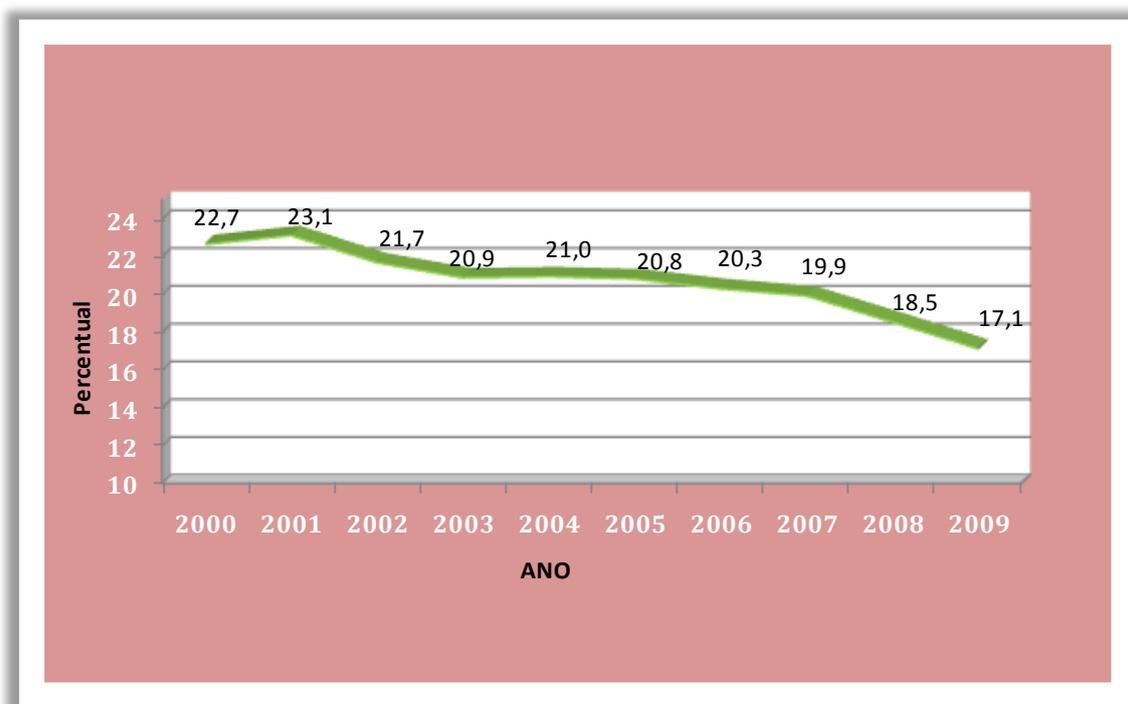


Fonte: SMS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Observa-se que a maioria das crianças nasceu com peso na faixa de 3000g a 3999g. Quanto à proporção de baixo peso ao nascer, verifica-se que este indicador apresentou oscilações no seu valor variando de 7,9% a 9,2% no período de 2000 a 2009. Comparando-se com a média nacional de 8,4%, observa-se que Natal esteve acima dessa média em 2009.

A maioria dos nascidos vivos nasceu de mães na faixa etária de 20 a 29 anos e representou 54,3% em 2009. Ressalta-se que a proporção de mães adolescentes diminuiu no período de 22,7% para 17,1%, conforme dados do sistema de informação (SINASC).

Gráfico 15: Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes. Natal/RN - 2000/2009

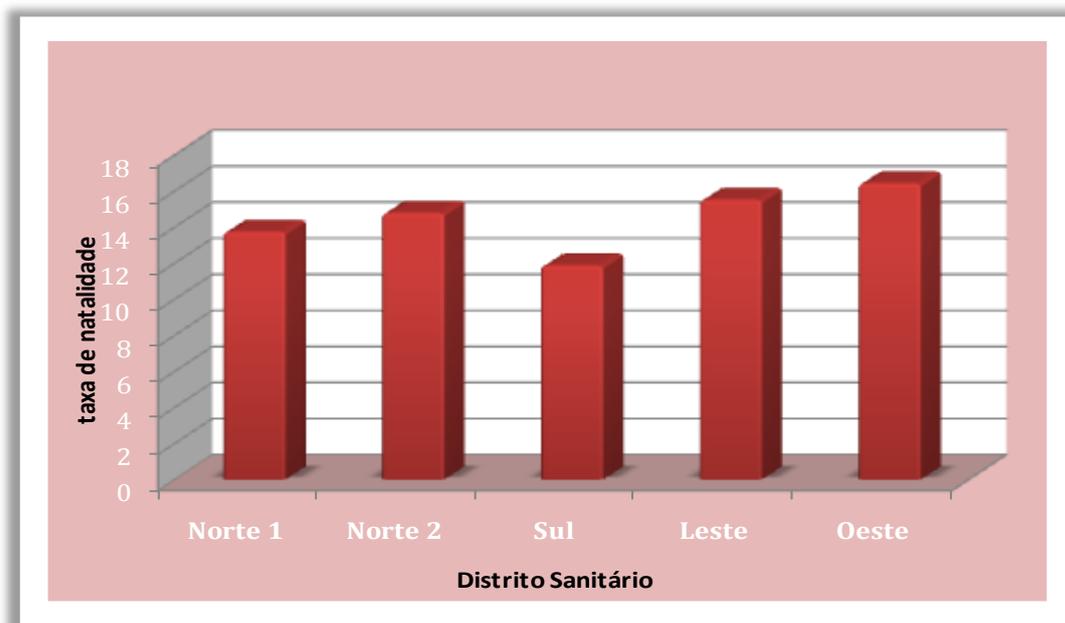


Fonte: SMS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Em relação ao acompanhamento dessas crianças no pré-natal, observa-se um leve aumento na proporção de mães que fizeram 4 ou mais consultas de pré-natal, no período subiu de 83,6% para 86,9%. Verifica-se ainda que o percentual de mães que fizeram 07 ou mais consultas aumentou para 54,1% em 2009.

Quanto aos nascidos vivos por distrito sanitário, o gráfico 16 mostra que a taxa de natalidade é maior no distrito Oeste e menor no Sul, com valores de 16,43 e 11,87 nascidos vivos por mil habitantes, respectivamente.

Gráfico 16: Taxa de natalidade por distrito sanitário. Natal/RN-2009



Fonte: SMS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Tabela 8: Número e proporção de nascidos vivos e taxa bruta de natalidade, segundo distrito sanitário. Natal/RN-2009

Distrito Sanitário	Freqüência	Proporção	Taxa de natalidade
Norte 1	1894	16,13	13,74
Norte 2	2516	21,43	14,79
Sul	1939	16,52	11,87
Leste	1850	15,76	15,51
Oeste	3541	30,16	16,43
<b>Total</b>	<b>11740</b>	<b>100,00</b>	-

Fonte: SMS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Nota: A soma não inclui os 295 nascidos vivos cujo distrito sanitário não foi informado.

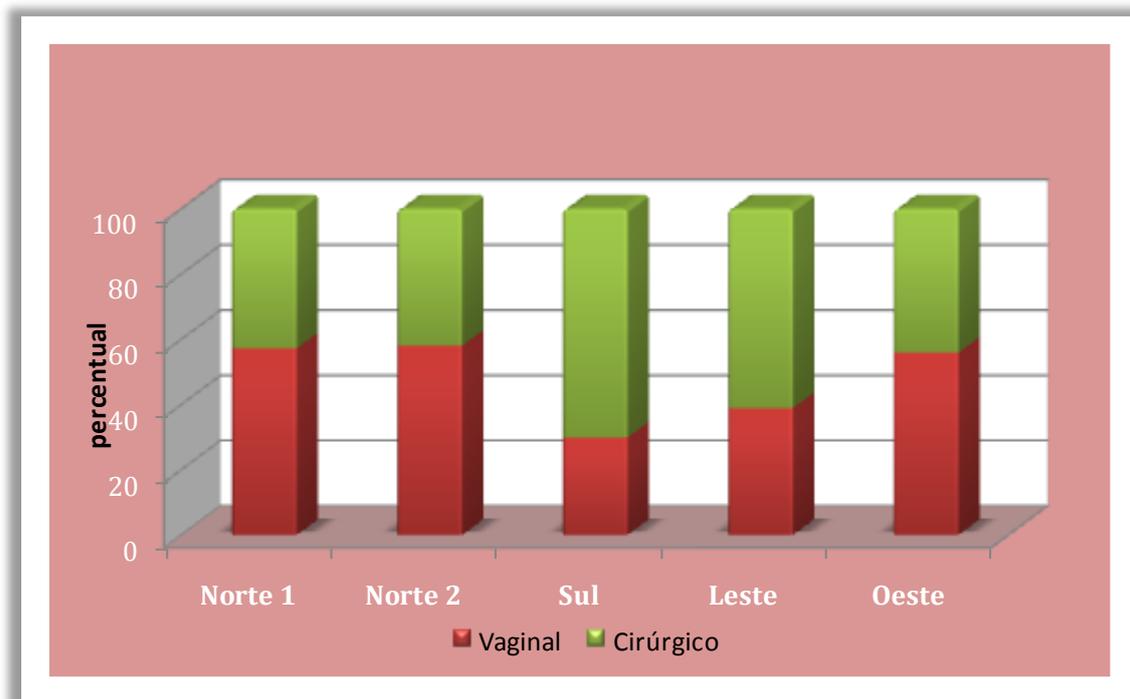
Verifica-se que o parto cirúrgico é mais praticado no distrito Sul, em 70,09% dos nascidos vivos. O distrito Leste vem em seguida com uma proporção de 61,07%. Já o parto vaginal é mais freqüente no distrito Norte 2, com um percentual de 58,08% em 2009.

Tabela 9: Proporção de nascidos vivos por tipo de parto, segundo distrito sanitário. Natal/RN-2009

Tipo de Parto	Norte 1	Norte 2	Sul	Leste	Oeste
Vaginal	57,21	58,08	29,91	38,93	55,89
Cirúrgico	42,79	41,92	70,09	61,07	44,11
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SMS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Gráfico 17: Percentual de nascidos vivos por tipo de parto, segundo distrito sanitário de residência da mãe. Natal/RN-2009



Fonte: SMS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Foram encontradas as menores proporções de nascidos vivos com baixo peso ao nascer nos distritos Norte I e Norte II.

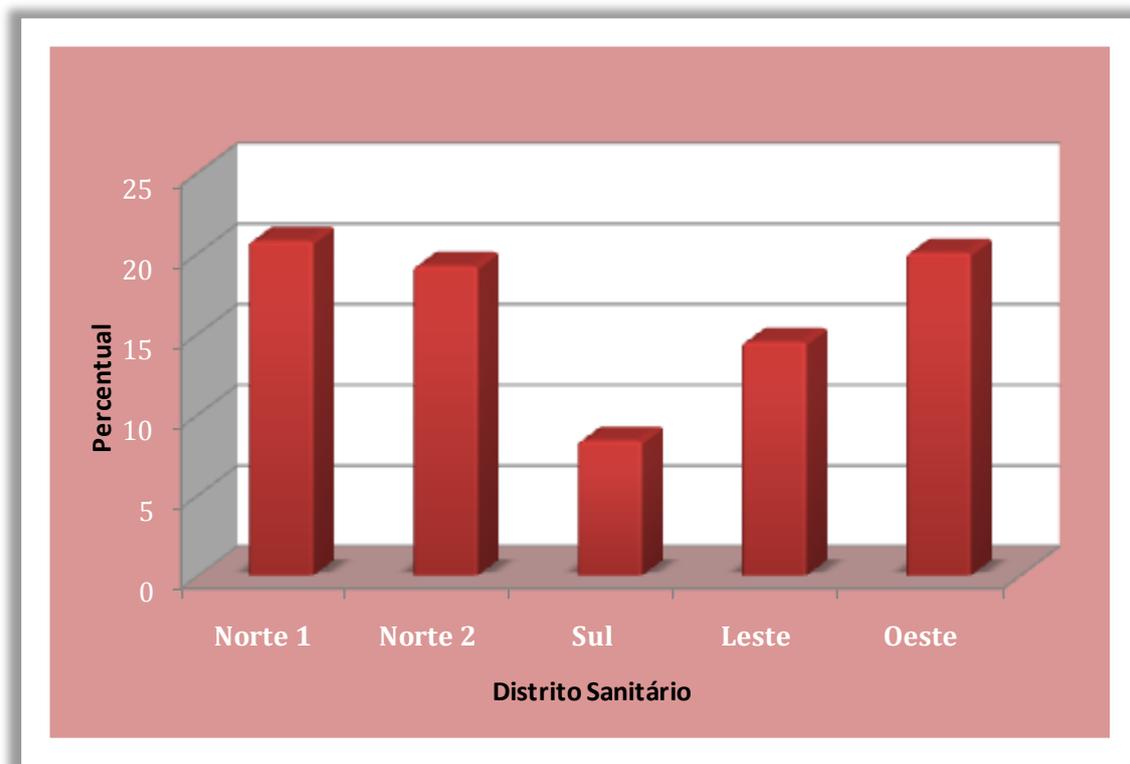
Tabela 10: Percentual de nascidos vivos segundo peso ao nascer segundo distrito sanitário. Natal/RN – 2009

Peso ao Nascer	Norte 1	Norte 2	Sul	Leste	Oeste
0g a 999g	0,63	0,44	0,52	0,86	0,62
1000g a 1499g	0,90	0,56	0,67	0,97	0,73
1500g a 2499g	5,91	6,92	8,61	8,70	7,65
2500g a 2999g	22,65	23,65	21,04	22,59	22,45
3000g a 3999g	64,47	63,16	63,95	61,68	63,00
4000g e mais	5,44	5,29	5,21	5,19	5,54
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SMS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes no Distrito Sul revela-se bem inferior quando comparada aos demais distritos. Essa proporção chegou a 8,3%, enquanto que no distrito Norte 1 e no distrito Oeste ultrapassou os 20%. O Leste foi o distrito com a segunda menor proporção de mães adolescentes, 14,49% dos nascidos vivos.

Gráfico 18: Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes, segundo distrito sanitário de residência da mãe. Natal/RN-2009



Fonte: SMS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Os dados demonstram que as mulheres do Distrito Sul que ficaram grávidas em 2009 fizeram mais consultas de pré-natal do que as dos demais distritos sanitários, ou seja, 73,62% dos nascidos vivos foram de mães que fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal. Os distritos Norte 1 e Norte 2 tiveram os menores percentuais, 44,17% e 47,26% respectivamente.

Tabela 11: Nascidos vivos segundo consulta de pré-natal da mãe e distrito sanitário. Natal/RN - 2009

Consulta de Pré-Natal	Norte 1	Norte 2	Sul	Leste	Oeste
Nenhuma	2,93	3,20	1,20	2,58	1,93
1-3 vezes	13,27	14,26	4,89	9,84	10,75
4-6 vezes	39,64	35,28	20,29	29,23	36,26
7 e +	44,17	47,26	73,62	58,35	51,06
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SMS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

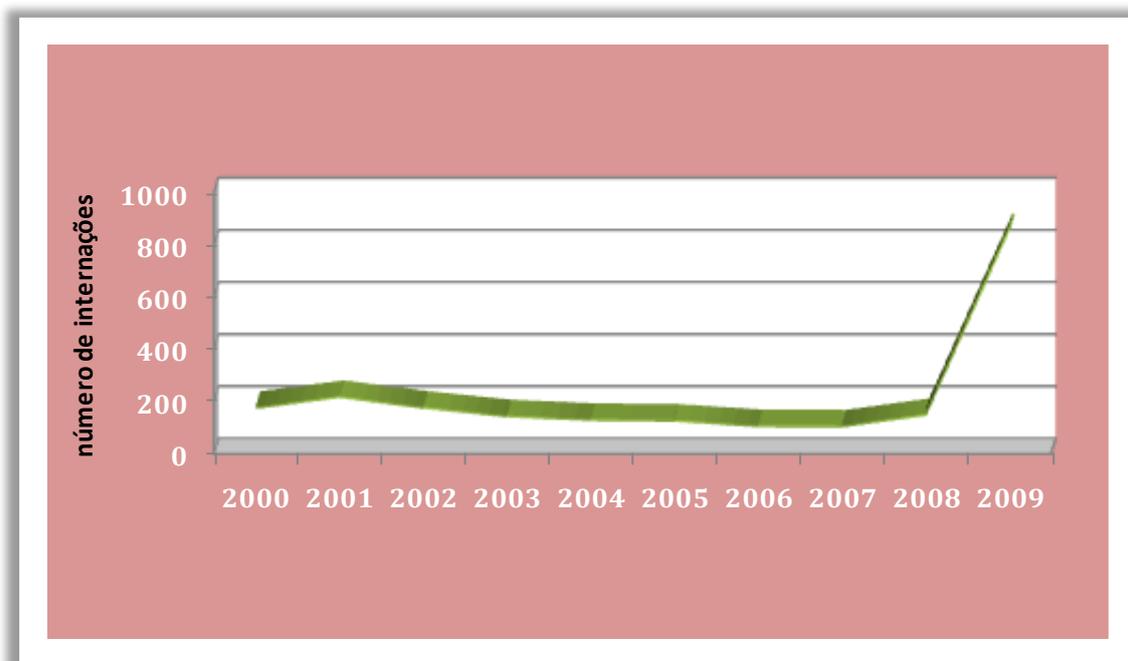
## Morbidade

### 10.5.5 Morbidade Hospitalar

De acordo com o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o maior número de internações em Natal no período de 2000 a 2009, foi por causas relacionadas à Gravidez, Parto e Puerpério. A análise da série histórica mostra uma redução das internações por esse grupo de causas que no início do período correspondia a 35% do total de causas e no último ano caiu para 28,7%, acompanhando a queda da natalidade do município.

Entre essas causas merece destaque o número de internações relativas a aborto que cresceu de forma preocupante em 2009, chegando a 862 internações, quando o maior número ocorrido no período foi de 211 internações, em 2001. Ressalta-se que estes números não representam o quantitativo de abortos ocorridos tendo em vista que parte dos abortos são atendidos no nível ambulatorial, onde são realizadas curetagens, não necessitando, portanto, de internação hospitalar. Vale salientar ainda que as internações dos hospitais privados não conveniados ao SUS não são registradas no SIH, conseqüentemente não estão incluídas nos dados apresentados neste estudo.

Gráfico 19: Número de internações relacionadas à Gravidez que termina em aborto. Natal/RN-2000/2009



Fonte: MS, Datasus/Sistema de Informações Hospitalares

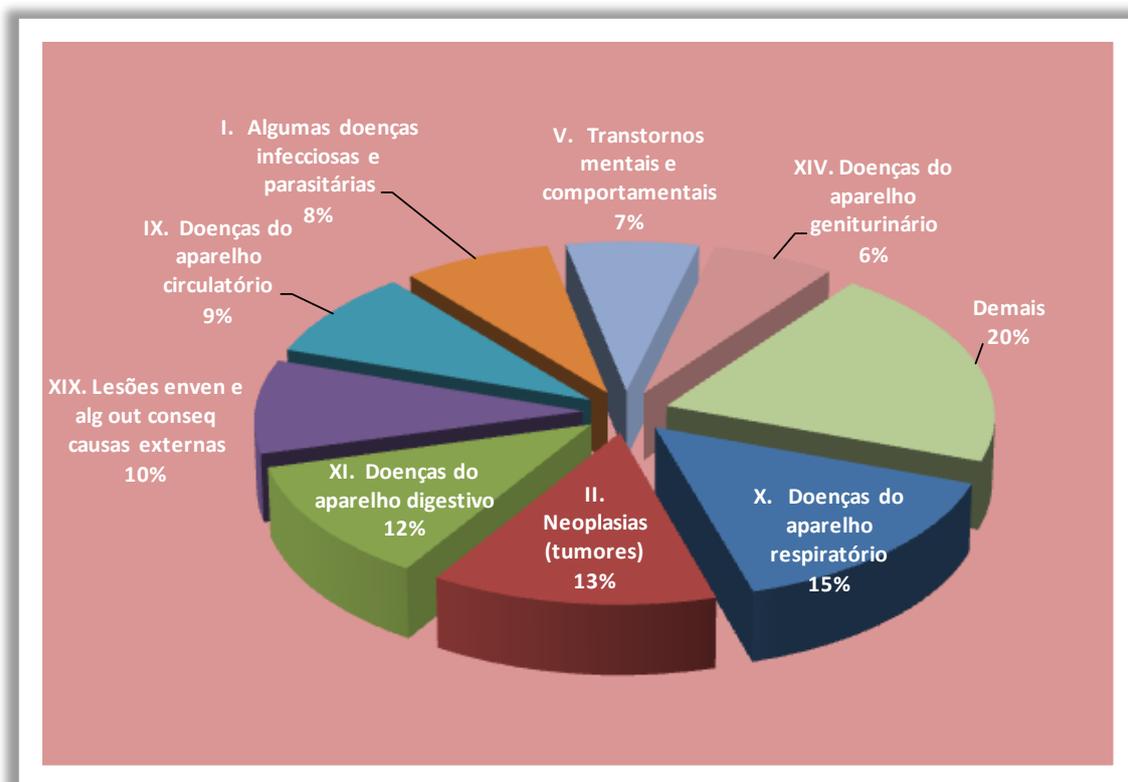
Fazendo-se uma análise da morbidade, excluindo-se as causas relacionadas à Gravidez, Parto e Puerpério que são exclusivamente da mulher, verifica-se que as Doenças respiratórias aparecem como a primeira causa de internação da população, com representação de 15% das causas, tendo a pneumonia como principal diagnóstico.

O segundo grupo de causas de internação mais freqüente em 2009 foi o das Neoplasias, responsáveis por 13% das internações, entre elas, destacam-se o Leiomioma do útero, as Neoplasias Maligna da Mama, outras Neoplasias Malignas da Pele e Neoplasias Malignas do Estômago. Observa-se crescimento de hospitalizações por esse grupo de causas que subiu de 9,8% para 13,7% no período analisado.

Em 3º lugar com proporção 12%, apareceram as Doenças do Aparelho Digestivo, cujas principais causas foram a Colelitíase, a hérnia Inguinal, a Apendicite aguda, a Colecistite, entre outras.

Na sequência aparecem as Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências das causas externas, destacando-se fratura de perna, antebraço, fêmur e crânio, cuja série histórica também demonstra crescimento das internações.

Gráfico 20: Percentual das causas de internação hospitalar de residentes no município de Natal/RN. 2009



Fonte: MS, Datasus/Sistema de Informações Hospitalares

Os dados revelam ainda que, sem incluir o grupo de causa da Gravidez, Parto e Puerpério, os homens se internaram mais do que as mulheres, com taxa de internação de 3,5 contra 2,8 das mulheres. A maior causa de internação dos homens foram as Doenças do Aparelho Respiratório, enquanto que nas mulheres foram as Neoplasias.

As maiores freqüências de internações ocorreram na faixa adulta de 20 a 69 anos, porém, quando se faz a análise utilizando as taxas de internações, observa-se que os resultados são bem diferentes. As maiores taxas foram encontradas nas faixas extremas de idade, ou seja, em crianças com menos de um ano e idosos com 80 anos e mais, com valores de 16,2 e 15,1 internações por 100 habitantes, respectivamente. Quando se observa o gráfico 21 percebe-se que esse resultado se acentua mais ainda entre os homens, cujo indicador sobe para 19 internações por 100 habitantes nessas duas faixas etárias.

Gráfico 21: Taxa de internação por faixa etária e sexo. Natal/RN-2009



Fonte: MS, Datasus/Sistema de Informações Hospitalares

Tabela 12: Percentual das causas de morbidade hospitalar de residentes no município de Natal. 2000-2009

Capítulo CID-10	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
X. Doenças do aparelho respiratório	12,9	13,0	19,0	19,8	20,7	20,5	16,2	16,8	15,4	15,0
II. Neoplasias (tumores)	9,8	8,5	9,3	8,3	9,7	11,4	13,3	13,4	12,1	13,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	12,1	11,5	10,0	9,8	10,9	10,3	11,1	10,3	10,7	11,9
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	5,5	5,5	7,5	8,9	8,0	9,4	9,2	10,2	8,7	9,5
IX. Doenças do aparelho circulatório	8,5	10,2	10,5	10,4	10,3	9,4	9,6	10,3	9,3	8,9
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,7	9,2	10,0	9,2	8,1	8,5	9,8	10,0	11,2	7,7
V. Transtornos mentais e comportamentais	11,2	11,2	11,0	11,4	9,6	8,9	9,6	8,3	8,8	6,9
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	8,1	6,1	5,2	5,6	6,3	5,8	5,4	5,0	5,3	6,4
XXI. Contatos com serviços de saúde	1,7	1,5	1,4	2,1	2,3	2,7	3,1	2,8	2,9	3,6
VI. Doenças do sistema nervoso	2,8	1,5	1,3	1,2	1,2	1,2	1,4	1,4	2,3	3,3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,9	1,9	1,4	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	2,6	3,1
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	9,4	7,5	3,0	2,2	2,6	2,3	1,8	2,0	2,4	2,9
XIII. Doenças do sistema osteo-muscular e tecido conjuntivo	2,0	3,4	4,1	4,2	3,3	2,8	2,9	2,8	2,7	2,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,2	2,2	1,9	1,7	1,9	1,6	1,6	1,7	2,0	1,7
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	1,5	1,1	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5	1,6	1,4	1,2
III. Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	0,6	0,6	0,5	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6	0,8	0,7
VII. Doenças do olho e anexos	0,1	0,2	0,5	0,4	0,5	0,4	0,3	0,3	0,5	0,7
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais, exames clínicos e laboratoriais	0,6	1,9	1,1	0,6	0,7	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,2	2,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>									

Fonte: MS, Datasus/Sistema de Informações Hospitalares

Nota: Percentuais excluindo-se o capítulo de Gravidez, Parto e Puerpério.

### 10.5.6 Doenças de notificação compulsória

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

#### AIDS

Cresceu a taxa de incidência em Natal no período de 2000 a 2009 que resultou em um aumento na taxa de 9,0 para 17,9 casos por 100.000 habitantes, em função do número de casos que dobrou nesse período. A incidência máxima ocorreu em 2009, porém o salto maior foi de 2007 para 2008, cujo incremento foi de 116,1% no número de casos. De 2008 para 2009 o aumento foi de 19%. Acredita-se que esse crescimento se deve ao aumento das testagens que a Secretaria Municipal de Saúde vem efetuando na população em geral.

O Programa Municipal de DST/HIV/AIDS vem realizando várias campanhas “Fique Sabendo” que tem como objetivo o diagnóstico precoce do cidadão, tendo sido constatado que quem mais participa dessas campanhas são os homens. Ressalta-se que esses números poderiam ser ainda mais altos caso não houvesse subnotificações, que ainda é grande no município, não somente para a AIDS como também para as outras doenças de notificação compulsória.

Gráfico 22: Número de casos de AIDS ocorridos na população de Natal 2000/2009



Fonte: SMS/Natal/Sistema de Informações de agravos de Notificação (SINAN)

No período em estudo ocorreu um total de 841 casos, sendo a maioria do sexo masculino, cuja proporção foi de 70,8%, contra 29,2% do sexo feminino. A razão de sexo foi de 2,4 casos de AIDS em homens para cada caso em mulheres.

De 2007 para 2009 o crescimento da AIDS em mulheres foi maior do que nos homens e o incremento de 200% e 145% respectivamente.

Tabela 13: Número de casos de AIDS segundo sexo e taxa de incidência por ano de notificação. Natal/RN – 2000-2009

ANO	Masculino	Feminino	Total	Taxa de Incidência
2000	47	17	64	9,0
2001	53	26	79	10,9
2002	49	24	73	9,9
2003	64	38	102	13,7
2004	48	18	66	8,7
2005	45	24	69	8,9
2006	44	27	71	9,0
2007	44	12	56	7,0
2008	91	30	121	15,2
2009	108	36	144	17,9
<b>Total</b>	<b>593</b>	<b>252</b>	<b>845</b>	<b>-</b>

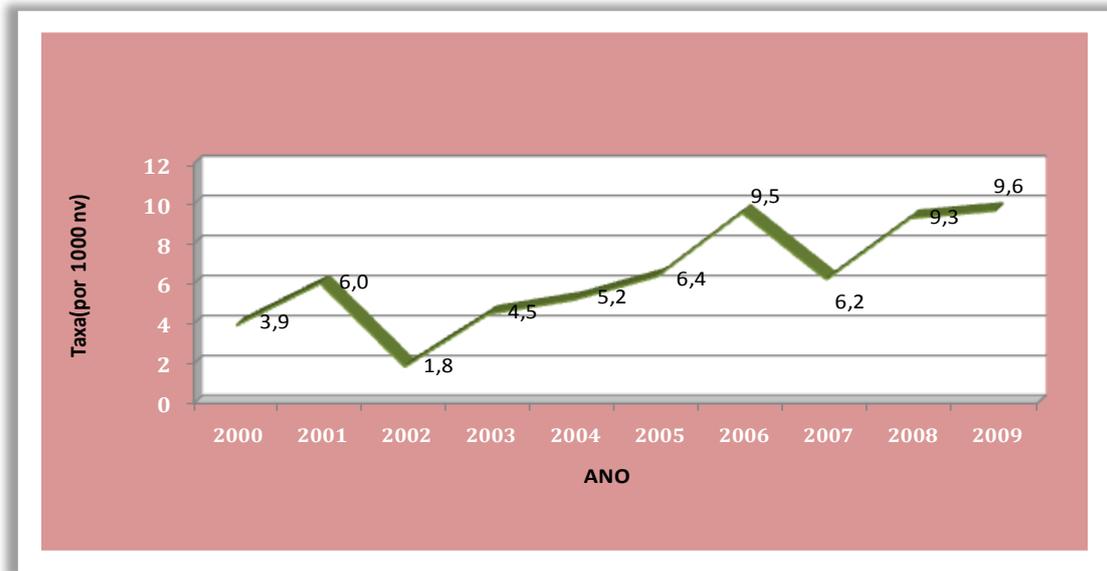
Fonte: SMS/Natal/Sistema de Informações de agravos de Notificação (SINAN)

### Sífilis Congênita

Em Natal, a sífilis é um agravo que requer uma atenção especial visto que o número de casos tem aumentando bastante nos últimos anos. Embora venha ocorrendo oscilações, a curva demonstra claramente a tendência de crescimento nos últimos 10 anos. No período de 2000 a 2009, a incidência subiu de 3,6/1.000 para 9,6/1.000 nascidos vivos.

O Ministério da Saúde preconiza para o controle a taxa de detecção abaixo de até 1 caso por 1.000 nascidos vivos e como se pode ver Natal está com a taxa 9 vezes maior do que o recomendado. É uma doença que pode ser evitada se for diagnosticada e tratada e/ou prevenida durante o pré-natal.

Gráfico 23: Série histórica da taxa de detecção (por 1.000 nv) da Sífilis congênita em Natal/RN-2000/2009



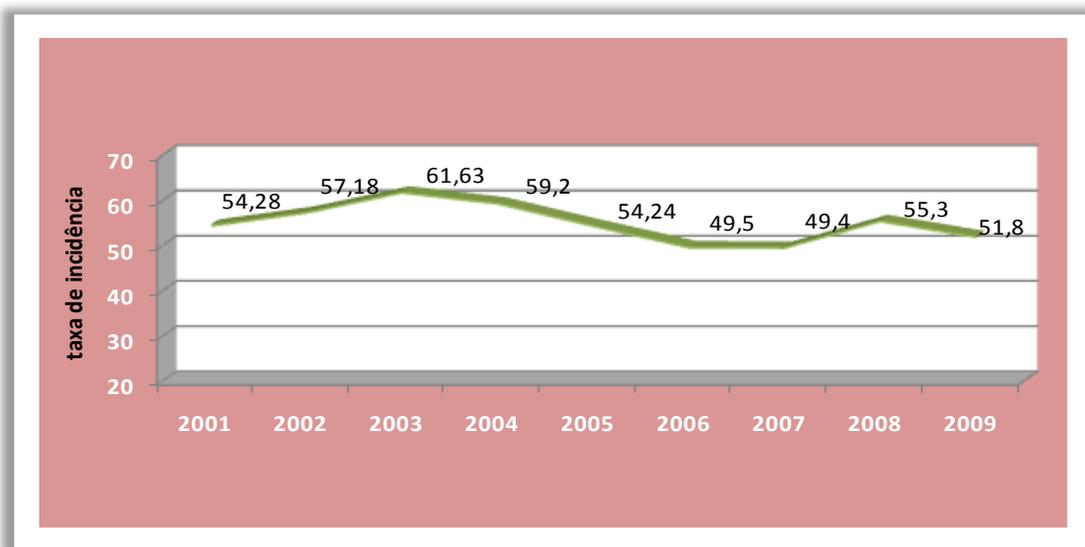
Fonte: SMS/Natal/Sistema de Informações de agravos de Notificação (SINAN)

## Tuberculose

A Tuberculose tem se mostrado persistente nesse município e vem se mantendo desde 1996 com número anual de casos registrados entre 400 e 450. Em 2009, foram registrados 418 casos novos com taxa de incidência de 51,85 casos por 100 mil habitantes, estando acima da taxa encontrada para o Brasil de 32,15 casos por 100 mil habitantes.

A taxa de mortalidade por essa doença não apresentou grandes variações e, em 2009 atingiu 2,11 óbitos por 100 mil habitantes.

Gráfico 24: Taxa de incidência (por 100.000 hab) de tuberculose no município de Natal/RN-2001/2009



Fonte: Ministério da Saúde/Datasus - dados de 2001 a 2006  
SMS/Natal/Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) - dados de 2001-2009

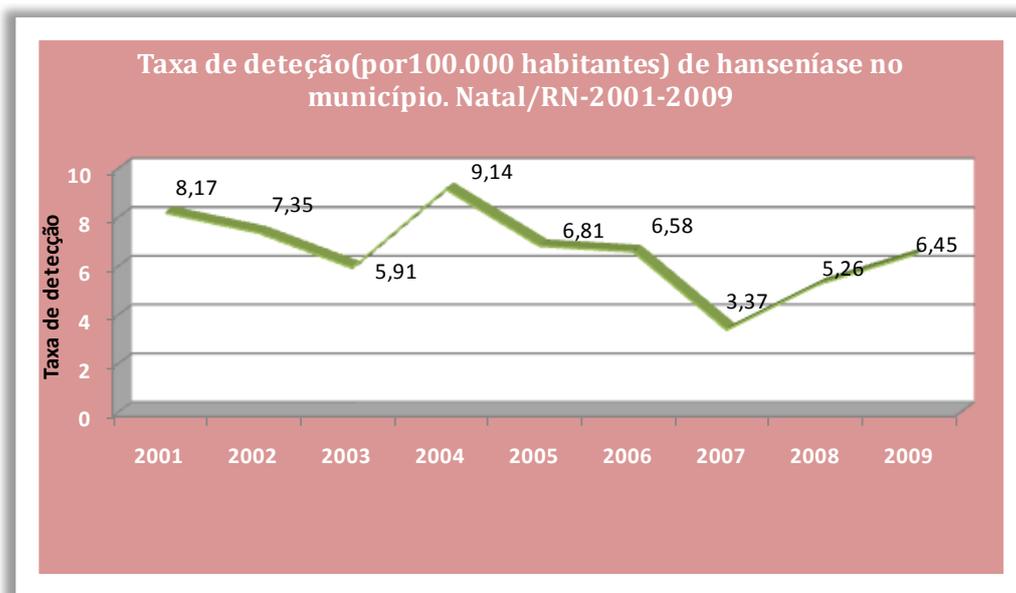
## Hanseníase

Em Natal, o número de casos novos de hanseníase vem se mantendo em torno da média de 50 casos por ano, considerando o período de 2001 a 2009. A taxa de detecção em 2009 foi de 6,45 casos novos por 100 mil habitantes, porém já alcançou valor bem mais alto em 2004, chegando a 9,14 casos por 100 mil habitantes.

De acordo com os dados do Ministério da saúde, esses números mostram que Natal possui taxas de detecção inferiores a média do Nordeste (27,6 casos/100 mil habitantes) e do Brasil (18,8 casos/100 mil habitantes).

Quanto a prevalência da hanseníase, em 2009, a taxa foi de 0,7 casos por 10.000 habitantes, tendo o município de Natal cumprido a meta recomendada pelo que é de menos de 1 caso para cada 10.000 habitantes.

Gráfico 25: Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de hanseníase no município. Natal/RN-2001-2009



Fonte: MS, Datasus

## Hepatite

A Hepatite, cuja notificação diz respeito à apenas para os vírus dos tipos A e B, no período de 2007 a 2009, apresentou comportamento descendente saindo de 436 casos no início do período para 279 em 2009, com uma média de 327 casos/ano.

## **Doenças Exantemáticas**

Natal não tem de casos de sarampo desde o ano de 2000, em consequência das ações do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo. Portanto, as doenças exantemáticas aqui se referem apenas aos casos de rubéola. Em 2008 a sua taxa incidência foi de 21,05/100.000 habitantes, com um registro de 168 casos notificados de residentes no município. Em 2009, o número de casos de rubéola caiu para 13.

Vale salientar que, pelo fato do surgimento de casos de sarampo na Paraíba no ano de 2010, o município deve assumir um estado de alerta, intensificando a sua vigilância, tanto no que diz respeito ao enfrentamento da doença, como a rotinas de caráter preventivo, evitando, deste modo, uma importação de casos e posterior proliferação.

## **Varicela**

A varicela está entre as primeiras doenças de maior incidência do município. Em 2009 foram notificados 703 casos, com taxa de incidência de 87,2 casos/100 mil habitantes.

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

## **Meningite**

A meningite se apresenta como um importante agravo de notificação. O seu comportamento demonstra-se instável entre 2007-2009, oscilando entre 74 e 63 casos, o que reforça a idéia de se dar continuidade às ações preventivas, evitando o aumento no número de casos.

### **10.5.7 Zoonoses e agravos determinados por animais**

Considerando a necessidade de controle e de prevenção das doenças e agravos transmissíveis por animais aos seres humanos, as atividades desenvolvidas e coordenadas pelo Centro de Controle de Zoonoses assumem grande relevância frente às condições socioambientais e epidemiológicas do município.

## **Raiva**

Não há ocorrência de casos humanos desde 1983, mantendo-se a casuística zero, obtida, sobretudo, através de atividades relacionadas a cães e gatos, tais como buscas domiciliares, capturas, observação de agressores, dentre outras. Destaca-se a campanha anual de vacinação anti-rábica canina e felina como a mais importante medida de prevenção dessa zoonose, por diminuir o número de animais susceptíveis. Em 2009 foram vacinados 66.527 cães, que corresponde a 94 % da população canina do município. O Ministério da Saúde preconiza vacinar no mínimo 80% dos cães como medida preventiva da transmissão do vírus rábico na população desses animais, e conseqüentemente, para evitar a infecção em seres humanos.

## **Leishmaniose**

A Leishmaniose do tipo visceral, dada a sua incidência e alta letalidade, principalmente em indivíduos não tratados e crianças desnutridas, é também considerada emergente em indivíduos portadores da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Em Natal-RN, de 2005 a 2009, registramos um aumento do número de casos; sendo 17 casos humanos em 2008, em sua maioria, localizados nas regiões Norte e Oeste da cidade. Isso se deve às transformações no ambiente, provocadas pelo intenso processo migratório, por pressões econômicas e/ou sociais, pela pauperização conseqüente de distorções na distribuição de renda, pelo processo de urbanização crescente nessas áreas e pelo esvaziamento rural, acarretando a expansão das áreas endêmicas e o aparecimento de novos focos.

## **Esquistossomose**

A esquistossomose é uma doença endêmica no município do Natal nas áreas adjacentes ao Rio Doce. O índice de positividade é baixo, com uma média de 1,16% no período de 2005 a 2009. A coproscopia é realizada em toda a área endêmica para diagnóstico e tratamento da doença.

## **Leptospirose**

A leptospirose é a principal doença transmitida por roedores no município do Natal. No ano de 2009 foram confirmados quatro casos. O Centro de Controle de Zoonoses adota medidas de desratização e antirratização para evitar a proliferação da doença.

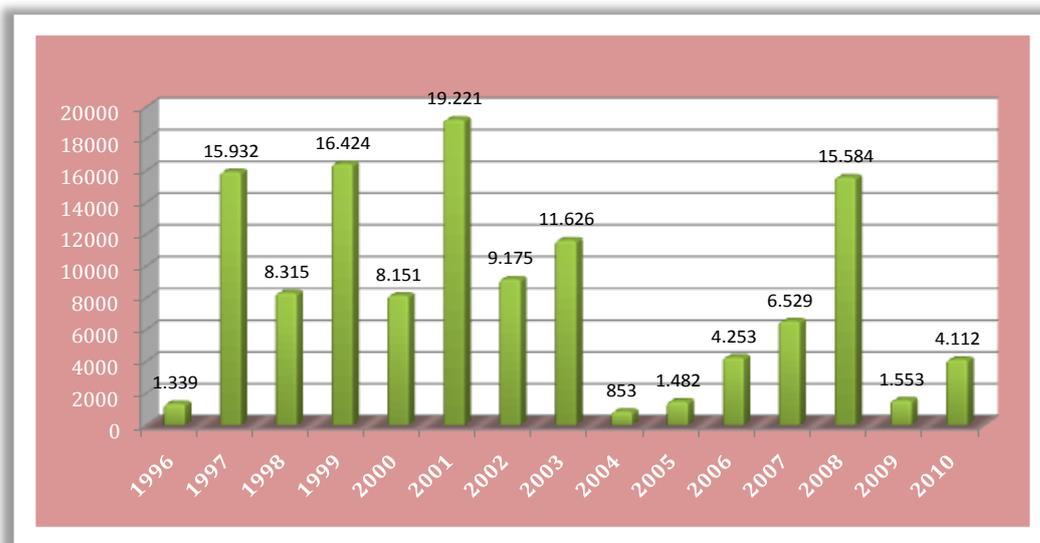
## Acidentes com Animais Peçonhentos

Houve um aumento progressivo dos acidentes com animais peçonhentos no período de 2005 a 2009, sendo o maior pico em 2009. O número médio de acidentes foi 1.625,8 sendo 1.397,6 com escorpiões, 42 com aranhas, 16,2 com serpentes e 100,4 de outros animais. Os acidentes com escorpião representaram 85,96% do total. As regiões Norte e Oeste, caracterizadas como as que apresentam as piores infra-estruturas básicas e condições sociais preocupantes, foram as que tiveram as maiores ocorrências de acidentes. No período de 2007-2009, a incidência variou entre de 144,45 a 273,50 por 100.000 habitantes.

## Dengue Clássico

O Dengue é o agravo com maior número de casos notificados, entre as doenças de notificação compulsória, hoje no município. Os primeiros casos de Dengue em Natal foram notificados no ano de 1996. Nesse ano, foram notificados 1.339 casos. Do ano de 1996 a 2003, a doença apresentou um comportamento cíclico, com surtos epidêmicos em anos alternados. O ano de 2001 apresentou o pico epidêmico, com 19.221 casos. A partir do ano de 2004, essa característica cíclica não foi demonstrada. Observou-se uma curva de crescimento que culminou com o surto epidêmico de 2008, com 15.584 casos de dengue notificados no município de Natal. O ano de 2009 apresentou uma redução de 93,4% no número de casos em relação ao ano de 2008, seguida de aumento em 2010.

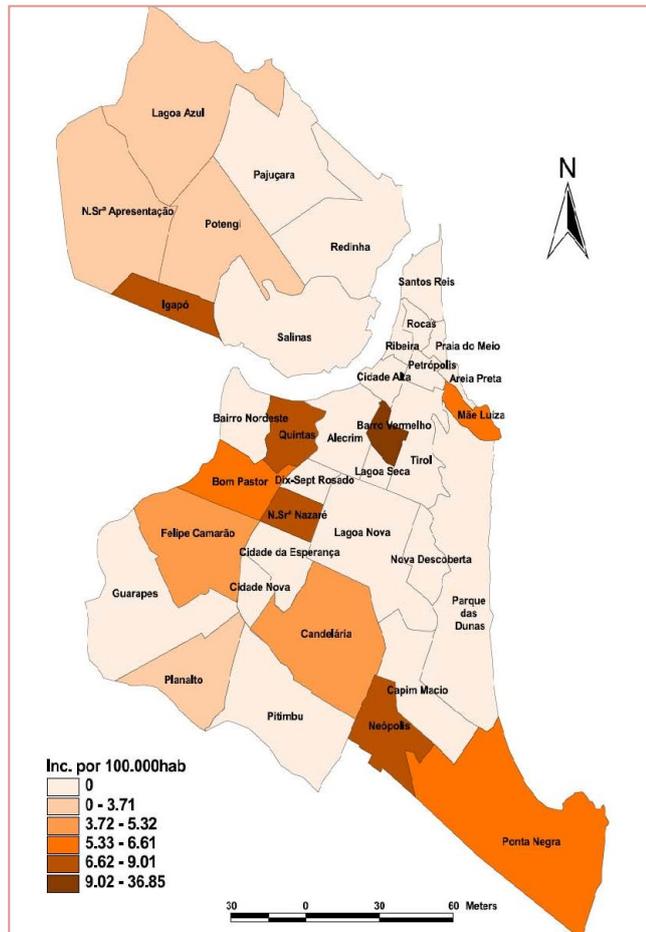
Gráfico 01 - Casos Notificados de Dengue Clássico, no período de 1996 a 2010. Natal/RN.



Fonte: SMS/Natal/SINAN- Dados sujeitos a revisão

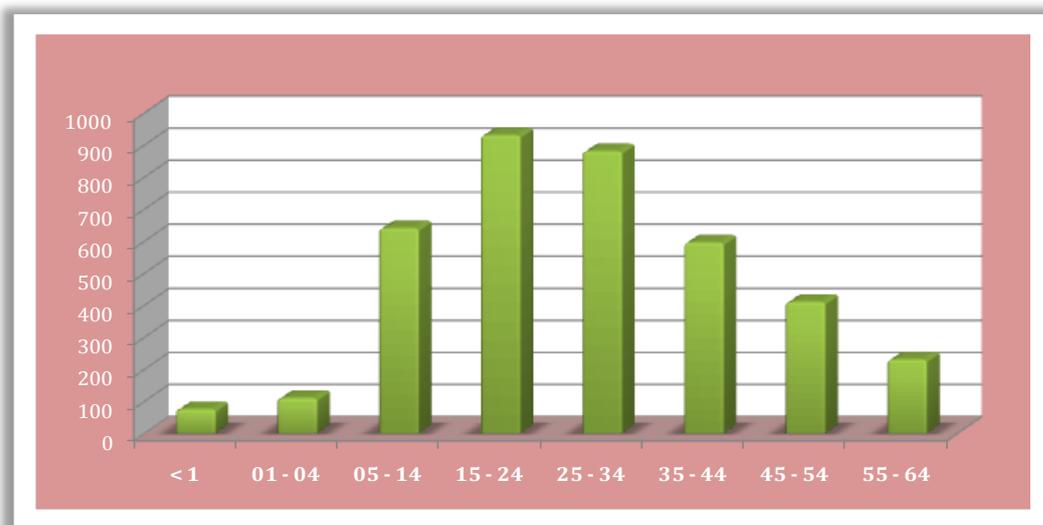
O maior número de casos notificados de Dengue Clássica foi do sexo feminino e representou mais do dobro dos casos em homens. A doença acometeu com maior intensidade a partir de 5 anos de idade e o maior número de casos registrado foi na faixa de 15 a 24 anos.

Observa-se ainda que o maior número de casos registrados no ano de 2010 ocorreu no Oeste (1.454 casos), seguido do Distrito Sul (1.000 casos). O Distrito Sanitário com o menor número de casos foi o Norte 1 que teve 384 casos notificados.



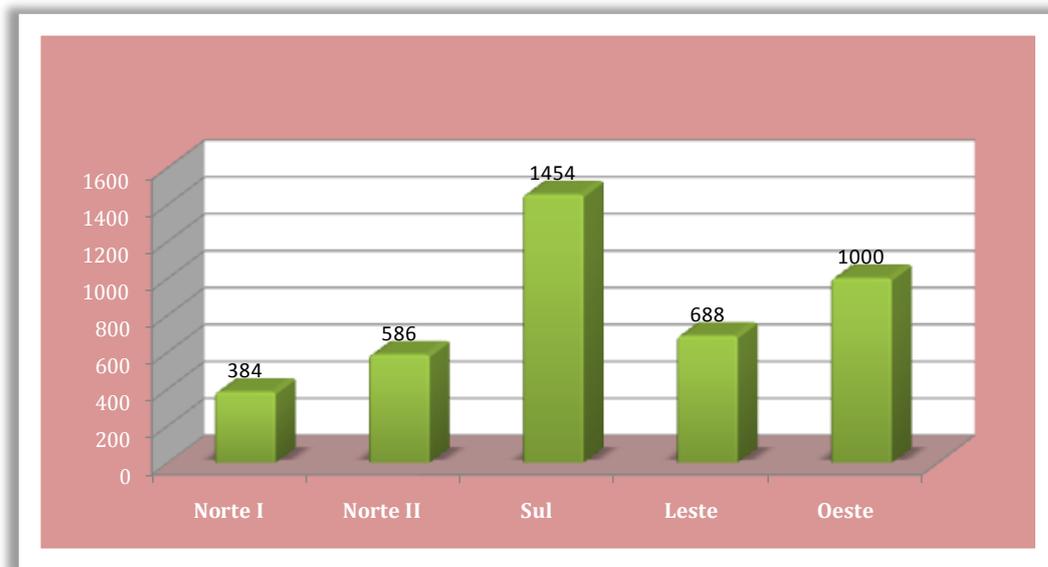
Mapa 5: Distribuição espacial da incidência dos casos de Dengue Clássico notificados, por bairro. Natal/RN- 2010.

Gráfico 26: Distribuição dos casos de Dengue Clássico ocorridos em Natal em 2010, segundo faixa etária.



Fonte: SINAN/SMS/Natal Dados sujeitos a revisão

Gráfico 27: Casos de Dengue clássica por Distrito sanitário de ocorrência em 2010.



Fonte: SINAN/SMS/Natal Dados sujeitos a revisão

### Febre Hemorrágica da Dengue

A partir do ano de 1997 tem-se confirmada a ocorrência de casos hemorrágicos do Dengue, inclusive com ocorrência de óbitos. O maior número de casos confirmados foi no ano de 2008, com 1287 casos notificados e 142 confirmados, com ocorrência de 2 de óbitos confirmados.

Tabela 14: Número de casos notificados e confirmados de Febre Hemorrágica do Dengue, e óbitos, no período de 2000 a 2010, Natal\RN.\*

Ano	Casos notificados	Casos Confirmados	Óbitos Confirmados
2000	22	02	-
2001	149	22	03
2002	117	32	03
2003	108	09	03
2004	16	01	-
2005	28	02	-
2006	66	46	01
2007	163	31	01
2008	1287	142	02
2009	49	12	02
2010	189*	102	03

Fonte: SMSNATAL/ SINAN

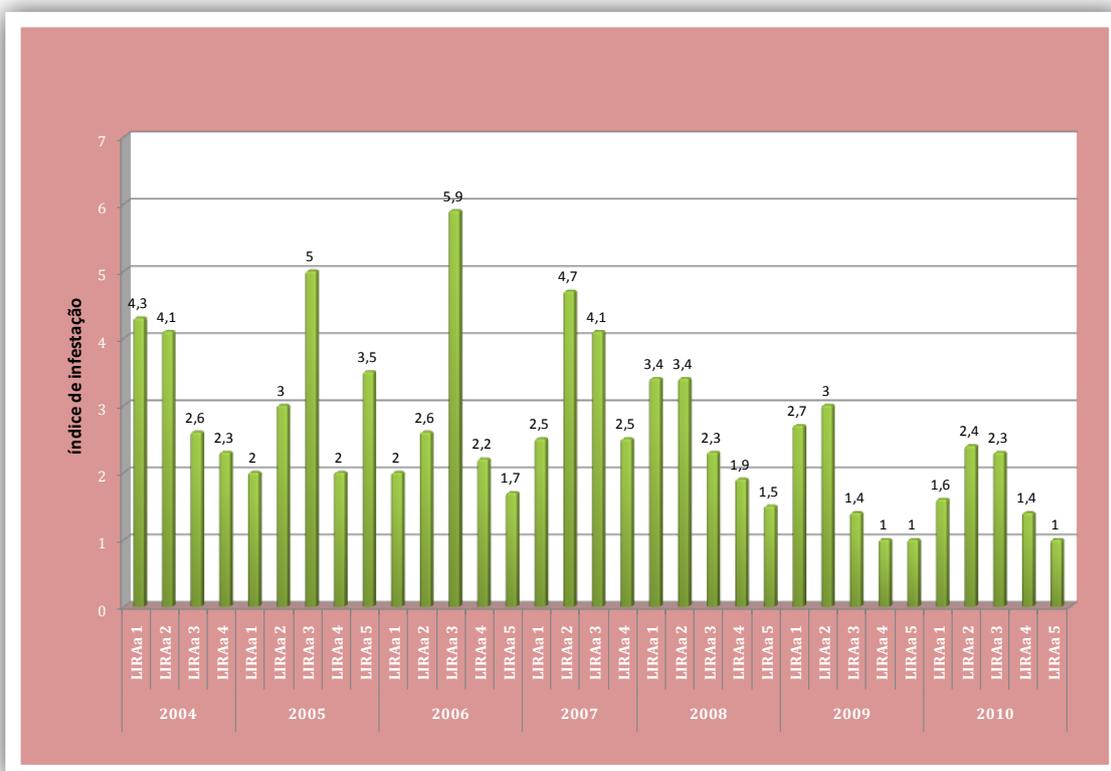
## Vigilância entomológica

A ação de controle vetorial de Dengue consiste na identificação e eliminação do vetor transmissor, tanto na sua forma adulta, no sentido de bloqueio de transmissão nas áreas de alta vulnerabilidade, quanto na sua forma imatura, no sentido de tratamento focal, tendo em vista a eliminação dos possíveis criadouros e das larvas do vetor transmissor.

Para tanto está previsto seis ciclos de visitas domiciliares para eliminação e identificação dos possíveis criadouros. No entanto, o município hoje realiza uma média de cinco ciclos de visitas e essa fragilidade tem comprometido consideravelmente a efetividade da ação para o controle da doença.

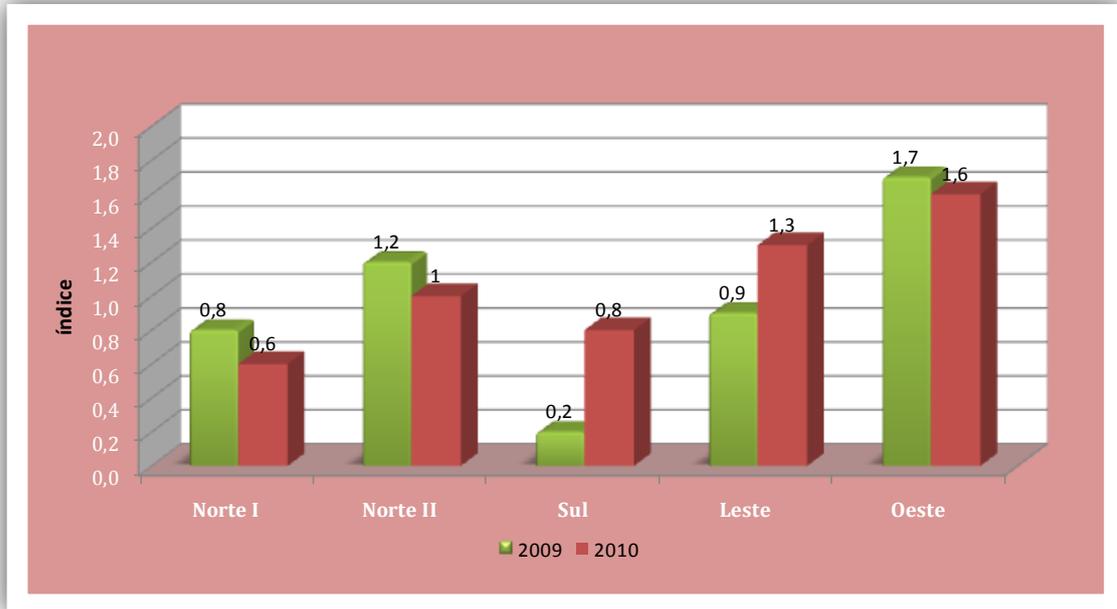
O levantamento dos índices de Infestação predial demonstra (gráfico 28) uma sazonalidade da presença do vetor associada ao período chuvoso. O parâmetro aceito para o Índice de Infestação Predial (IIP) pelo Programa Nacional de Controle da Dengue é menor que 1% e observa-se que no ano de 2010, o 5º Levantamento de Índice Rápido de Infestação por *Aedes Aegypti* (LIRAA) aferido, mostra que o município de Natal ainda permanece em estado de médio risco para transmissão de Dengue.

Gráfico 28: Série Histórica dos Índices de Infestação Predial de Natal, comparando os anos de 2004 a 2010.



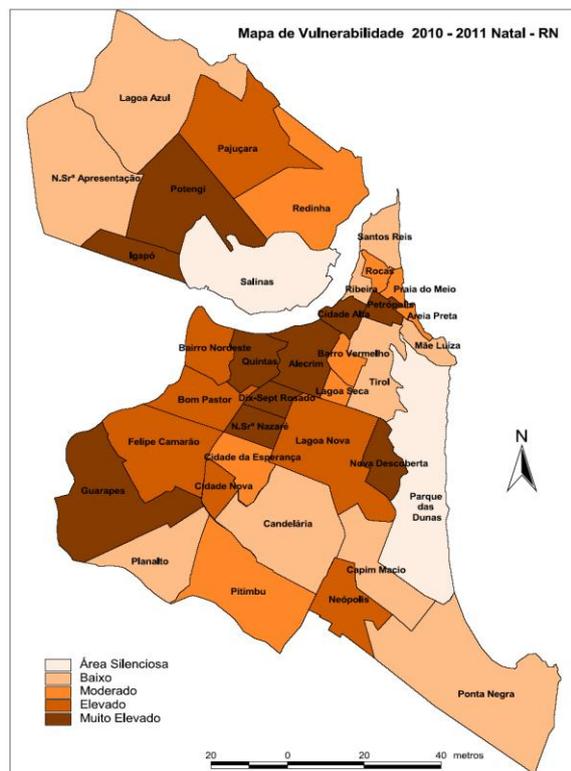
Fonte: PMCD/CCZ/DVS/SMS.

Gráfico 12: Índices de Infestação Predial por Distrito Sanitário no 5º LIRAA de 2009 e 2010 no município de Natal/RN.



Fonte: SMS, DVS/CCZ

O mapa 6 mostra espacialmente os níveis de vulnerabilidade dos bairros de Natal, quanto ao risco de ocorrência de dengue nos anos de 2010 e 2011. Para este estudo foram considerados os seguintes critérios: incidência de casos, índice de infestação predial e densidade demográfica. Vê-se que o maior número de bairros com risco elevado para ocorrências estão localizados no distrito oeste.



Mapa 6: Distribuição espacial dos bairros segundo a vulnerabilidade para ocorrência de Dengue no município de Natal/RN nos anos 2010 2011

### 10.5.8 Fatores Comportamentais de Risco

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por cerca de 60% dos óbitos no mundo (Saúde Brasil, 2009). Os principais fatores de risco envolvendo essas doenças são: tabagismo, consumo de álcool, excesso de peso, baixo consumo de frutas e verduras, sedentarismo, hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia (VIGITEL, 2009).

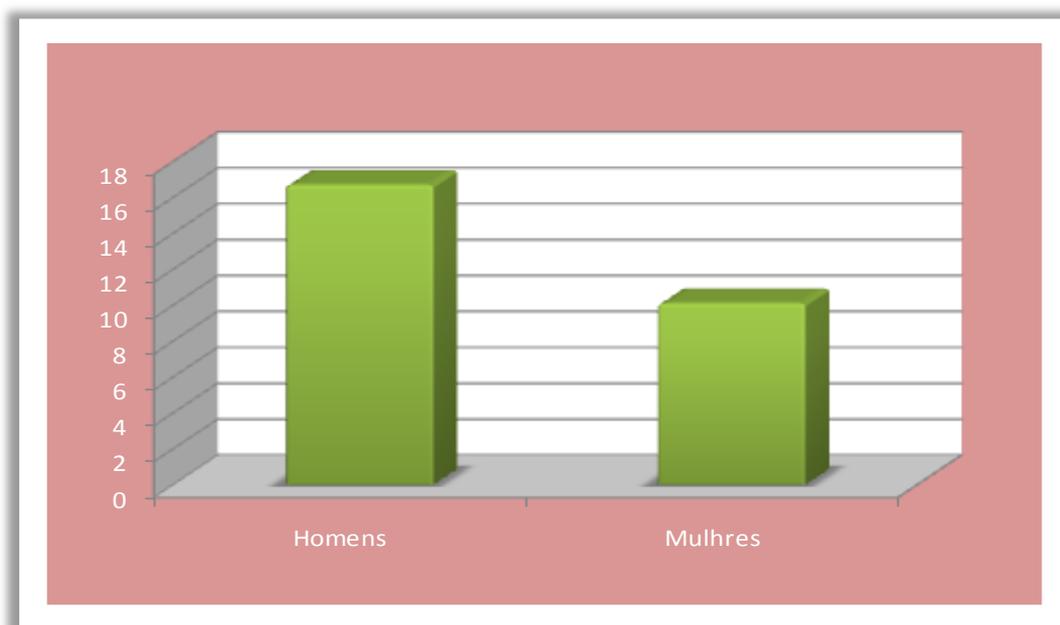
A análise desses fatores foi feita com base nos dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL).

#### Tabagismo

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e contribui atualmente para elevar as taxas de morbimortalidade. A Política Nacional de Promoção da Saúde, lançada em março de 2006, determinou o controle do tabagismo como uma das suas prioridades e o Ministério da Saúde tem financiado projetos de ambientes livres de fumíferos.

Natal foi classificada como a 9ª capital brasileira com menor percentual de fumantes. Em 2009, o percentual estimado de adultos maiores de 18 anos que fumavam foi de 13,%. A série histórica de 2006 a 2009 mostra que essa proporção variou entre 12,7% e 13,5%. A pesquisa revelou ainda que a proporção de homens que fumavam era maior do que a de mulheres, com percentuais de 16,7% e 10,1%, respectivamente. O menor percentual ocorreu em Aracaju (8,0%) e o maior foi no Distrito Federal (16,5%)

Gráfico 29: Percentual de adultos com 18 anos ou mais fumantes, segundo sexo. Natal/RN. 2009



Fonte: MS/ Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)

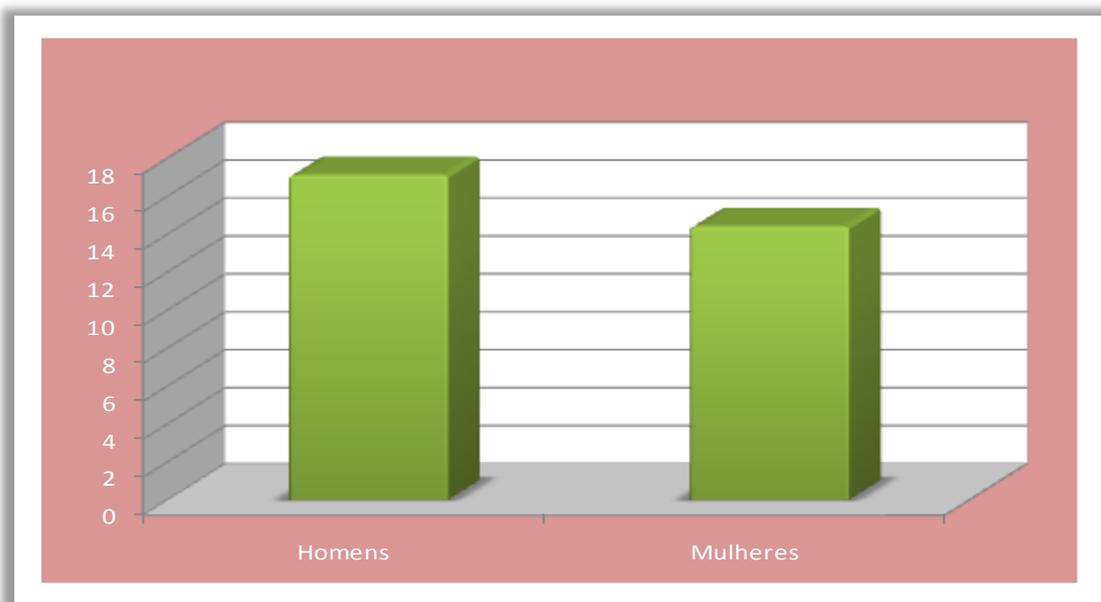
### 10.5.8.1 Sedentarismo

A atividade física regular é um dos principais fatores de proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e sua incorporação na rotina dos cidadãos um dos principais desafios. A Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) definiu como uma de suas prioridades o estímulo às iniciativas de práticas corporais (atividade física) e, desde 2005, o Ministério da Saúde tem financiado projetos locais nesse campo.

O percentual de adultos maiores ou iguais a 18 anos que praticam atividade física no tempo livre no município de Natal foi de 16,6%. Comparando-se esse resultado com as demais capitais pesquisadas, verifica-se que no ranking nacional, Natal é a 10ª capital com menor percentual de adultos realizando atividade física. Foi visto também que o percentual de mulheres que praticam atividades físicas é inferior ao dos homens.

Entre as capitais, São Paulo (10,3%) ficou com o menor percentual e Vitória (21,2%) com o maior.

Gráfico 30: Percentual de adultos com 18 anos ou mais que praticam atividade física no tempo livre, segundo sexo no município de Natal. 2009



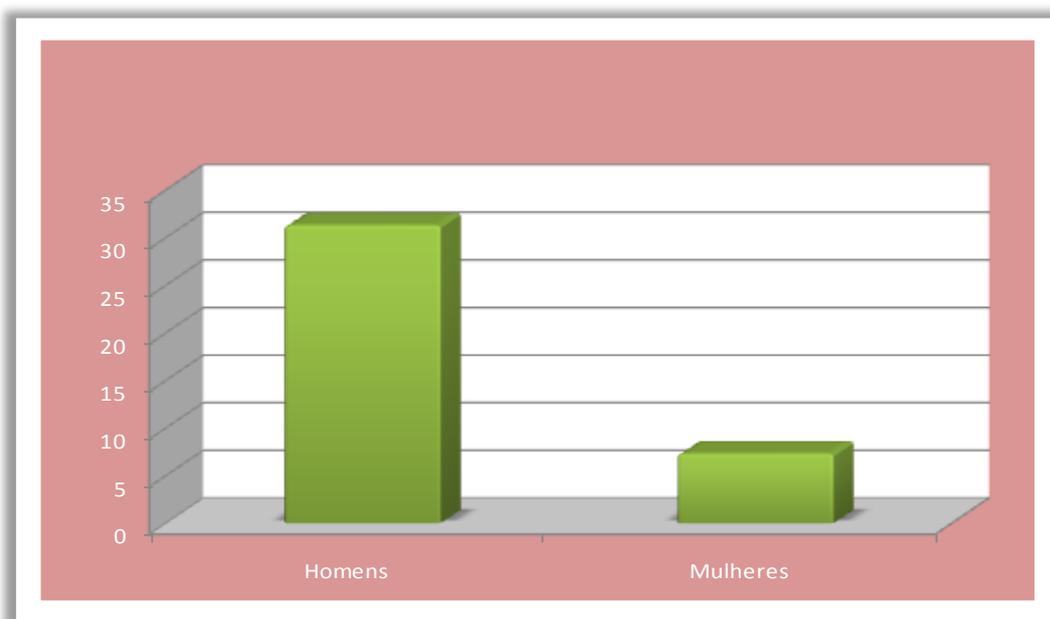
Fonte: MS/ Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)

### 10.5.8.2 Consumo abusivo de bebidas alcoólicas

De acordo com os dados levantados na pesquisa VIGITEL do ano de 2009, a frequência de adultos que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 18,2% em Natal. O maior percentual observado foi em Salvador com 25,6% e o menor em Curitiba que representou 13,9%.

Foi visto que entre os homens o consumo é bem maior do que entre as mulheres, com proporções de 31,3% e 7,3%. O consumo se refere a quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião.

Gráfico 31: Percentual de adultos com 18 anos ou mais que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, por sexo. Natal/2009



Fonte: MS/ Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)

### 10.5.8.3 Obesidade

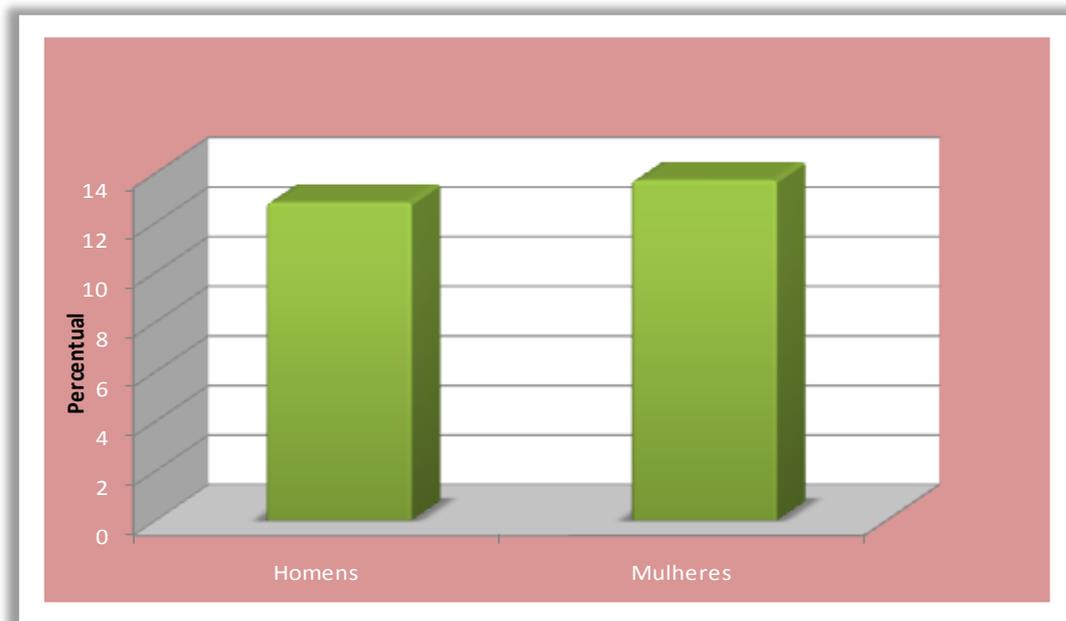
A Obesidade é um forte fator de risco para a Diabetes e Hipertensão Arterial. O indivíduo com obesidade é aquele cujo Índice de Massa Corporal (IMC) é maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup> (WHO,1995).

No município de Natal, o percentual de adultos com idade igual ou superior a 18 anos com obesidade no ano de 2009 foi de 13,3% e, no ranking das capitais ficou classificado em 13º lugar. O maior percentual foi de 17,7%, pertencente ao Rio de Janeiro e o menor foi de 8,8% em Palmas.

Foi visto que a obesidade em Natal era um fator de risco um pouco mais presente na mulher (13,7%) do que no homem (12,8%).

O quadro atual de morbimortalidade e a epidemia em curso de obesidade sinalizam a necessidade de incrementar ações de promoção à saúde e prevenção e controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis (Saúde Brasil, 2009).

Gráfico 32: Percentual de adultos com 18 anos ou mais com obesidade, segundo sexo. Natal/2009



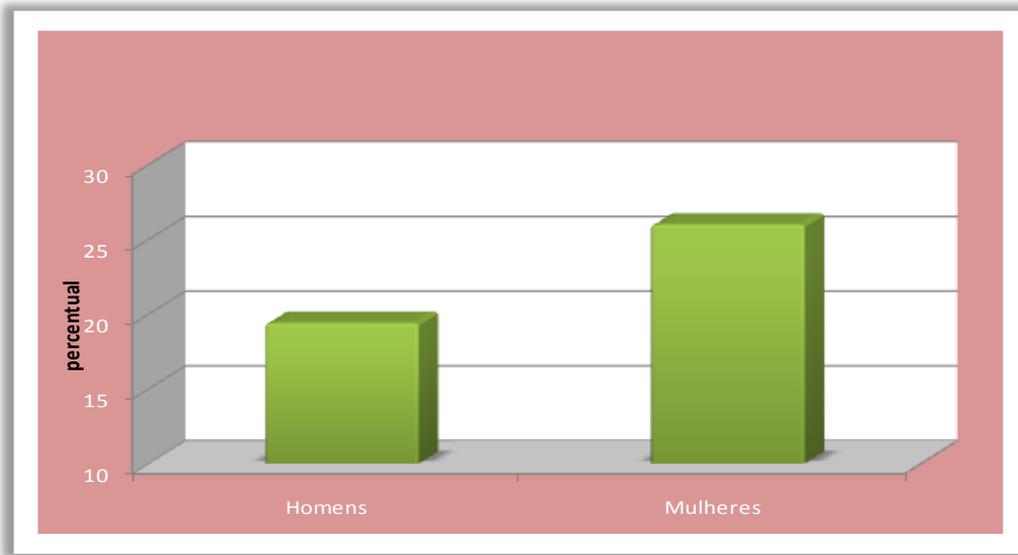
Fonte: MS/ Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)

#### 10.5.8.4 Hipertensão arterial

A frequência de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial correspondeu a 23% da população pesquisada, ressaltando-se que 11 capitais brasileiras tinham percentuais maiores do que o encontrado para Natal e que o maior percentual foi de 28%, encontrado no Rio de Janeiro.

A proporção de Hipertensos referidos entre as mulheres (26%) superou a dos homens (19,4%).

Gráfico 33: Percentual de adultos com 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de Hipertensão, por sexo. Natal/2009



Fonte: MS/ Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico ( Vigitel)

#### 10.5.8.5 Diagnóstico médico de Diabetes

O estudo mostra que a prevalência de Diabetes na população foi de 6,3%, considerada alta quando comparada com as demais capitais do país. De acordo com a pesquisa, Natal foi a 4ª capital com maior percentual de adultos que referem diagnóstico médico de Diabetes.

Foi observada ainda maior prevalência de diabetes entre homens do que entre as mulheres, com percentuais de 6,8% e 5,8%, respectivamente.

Gráfico 34: Percentual de adultos com 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de diabetes, por sexo. Natal/2009



Fonte: MS/ Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico ( Vigitel)

### 10.5.9 População prisional

A situação de saúde da população carcerária conta com grande incidência de doenças em consequência de diversos fatores como superlotação, pouca ventilação, condições sanitárias adversas, baixo nível sócio-econômico, decorrentes de condições de insalubridade, modos de vida e confinamento. Entre as doenças mais freqüentes estão a tuberculose, a hanseníase, as DST/HIV/Aids, as hepatites, a hipertensão arterial, o diabetes, os traumas diversos, as dermatoses, as doenças respiratórias e gastrointestinais agudas, assim como transtornos mentais leves e dependência de álcool e outras drogas (Brasil,2010).

Considerando que a população carcerária necessita de assistência à saúde pela rede do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde do Natal - RN elaborou um Plano que tem por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que a acometem.

O plano estabelece normas, critérios e fluxos para adesão e operacionalização das diretrizes de implantação e implementação dessa atenção, no município de Natal, buscando nortear as ações de assistência à população carcerária das Delegacias e Centros de Detenção Provisória, com base nos seguintes preceitos legais:

- Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, que dispõe sobre o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas; e
- Portaria GM/MS nº 648, de 30 de março de 2006, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica.

A operacionalização desse Plano impõe o desenvolvimento de ações interinstitucionais, onde cada órgão assume as suas responsabilidades, atuando no âmbito de sua competência.

A assistência à população carcerária é realizada tanto nas unidades de saúde quanto nas unidades prisionais, contando com atendimento médico, de enfermagem, de odontologia e de psicologia. Além desses serviços, são oferecidos exames laboratoriais, administração de vacinas, bem como fornecimento de medicamentos através das farmácias das unidades de saúde da rede.

A SMS presta assistência em 15 unidades prisionais, entre Delegacias e Centros de Detenção Provisória: 05 na região Sul, 05 na região Leste, 03 na região Norte e 02 na região Oeste.

### 10.5.10 Saúde do Trabalhador

Analisando os dados dos agravos referentes à saúde dos trabalhadores residentes em Natal nos anos de 2009 e 2010, pode-se observar que houve queda da notificação dos Acidentes de Trabalho Graves em 2010 quando comparado com 2009. No entanto, continua merecendo ações de vigilância continuadas.

Os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos têm se mantido alto e constante, requerendo atenção especial dos serviços de saúde, dos trabalhadores de saúde e das instituições formadoras de profissionais de saúde.

Quanto às dermatoses ocupacionais, percebe-se que continuam sendo sub-notificadas, requerendo ações educativas de esclarecimentos à população geral e atenção dos profissionais de saúde quanto à notificação.

Em relação às intoxicações exógenas, verifica-se que estão sendo notificadas e seu aumento deveu-se às ações educativas desencadeadas em 2009.

As notificações de LER DORT ainda estão sub-notificadas. Isso decorre do fato de que a população que mais sofre dos transtornos decorrentes desse agravo, constituída por trabalhadores da indústria têxtil, do setor de serviços e de bancários, possui assistência médica e não busca o SUS, e sim os convênios das suas empresas. Nas discussões interinstitucionais coordenadas pelo Fórum Estadual de Proteção ao Meio Ambiente do Trabalho (FEPMAT) foi observado que há uma enorme discrepância entre os dados de notificação do SINAN de Natal com os dados que são consolidados pelo INSS. Essa diminuída procura por parte dos trabalhadores com LER DORT aos serviços do SUS (com a consequente notificação) sub-dimensiona essa problemática.

Tanto as notificações de Pneumoconiose quanto de Câncer Relacionado ao Trabalho permanecem ausentes do SINAN. Há necessidade de desenvolver ações específicas junto aos profissionais e instituições para que sejam notificados esses agravos. Isso também se aplica as notificações de PAIR e de Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho que já começaram a ser notificadas, mas que ainda estão subnotificadas.

Tabela 15: Número de casos de residentes em Natal com agravos relacionados à saúde do trabalhador. 2009 e 2010

AGRAVO	2009	2010
Acidente de trabalho Grave	324	89
Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico	265	293
Dermatoses Ocupacionais	01	01
Intoxicação Exógena	24	196
LER DORT	42	14
Pneumoconiose	-	-
PAIR	-	01
Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho	17	05
Câncer Relacionado ao Trabalho	-	-
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>599</b>

Fonte: SMS/sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

# 11. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE



# 11 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

## 11.1 Atenção Básica

A organização da rede de serviços do município de Natal se fundamenta nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional. Ao longo dos últimos anos, a SMS vem intensificando esforços no ajuste organizacional para o aprimoramento da qualidade das ações, serviços e práticas de saúde em todos os níveis de atenção.

No município de Natal a rede de Atenção Básica está composta por 55 serviços de Saúde, destes, 37 são Unidades Saúde da Família (USF) e 18 são Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionalmente organizadas com equipes multiprofissionais.

A forma híbrida como se apresenta o desenho de rede no nível da atenção básica, porta de entrada para o sistema, decorrente do processo de substituição do modelo assistencial, se deu a partir da transformação de Unidades Básicas já existentes, como também, da implantação de novos serviços.

### 11.1.1 Estratégia Saúde da Família

Observa-se que a expansão da ESF não se deu de acordo com o pactuado no Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2006-2009 que buscava cobrir 77% da população. Contata-se que dentre outras questões a maior dificuldade para a expansão e consolidação da ESF diz respeito à contratação de médico para compor as equipes. Os médicos alegam como dificuldades de adesão: o processo de trabalho desgastante, a remuneração abaixo do valor do mercado e a carga horária que dificulta a conciliação com outras atividades.

As USF estão organizadas para comportar 116 equipes da ESF o que cobriria 50,7% da população (estimativa 2009), porém, em função da falta de profissionais, essa cobertura encontra-se na competência de dezembro de 2010 em 30,81%. Atualmente existem 113 equipes, distribuídas nas seguintes modalidades: 16 Equipes de Saúde da Família (ESF); 54 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal; 34 Equipes de Agentes Comunitários (EAC) + Equipe de Saúde Bucal (EACS); 09 Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS).

Visando a consolidação e expansão da ESF, o Ministério da Saúde disponibiliza aos municípios o credenciamento em Programas e Projetos

Especiais, dentre eles, o Programa Saúde na Escola – PSE e o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família – PROESF.

O Programa Saúde na Escola – PSE prevê a realização de diversas ações articuladas pelas equipes de saúde e educação com o objetivo de garantir atenção à saúde e educação integral da rede básica de ensino. Está implantado em 20 Unidades Saúde da Família, atendendo 10 escolas municipais e 20 estaduais, atingindo um público alvo em torno de dezoito mil escolares. O MS repassa uma parcela anual para auxiliar o custeio das ações, de acordo com o número de equipes da ESF que desenvolvem esse programa.

O MS declarou em dezembro de 2009 o município de Natal como um dos municípios brasileiros elegíveis para a 2ª Fase do PROESF em função do alcance das metas executadas na 1ª fase do projeto. Esse projeto financiado pelo Banco Mundial (BIRD) tem como objetivo contribuir para a continuidade da organização e/ou reorganização e fortalecimento da Atenção Básica à Saúde, a partir da implantação, consolidação e qualificação de novas Equipes Saúde da Família, nos grandes centros urbanos brasileiros. Conta com aporte financeiro para execução de metas a serem executadas até março de 2013.

Visando aumentar o escopo das ações da ESF foram credenciados em abril de 2010 pelo Ministério da Saúde 12 Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família – NASF. Esses Núcleos constituem-se em um arranjo organizacional que visa garantir suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Portanto, os NASF não se constituirão como porta de entrada do sistema, e atuarão de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes da Estratégia Saúde da Família. Em novembro foram credenciadas 3 equipes do NASF.

Como estratégia para proporcionar a expansão da ESF, o Ministério da Saúde aprovou em novembro de 2010 oito projetos enviados pela Secretaria Municipal de Saúde para a construção de Unidades Saúde da Família através do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC2), além de um projeto que já tinha sido encaminhado em 2009. Essas Unidades serão construídas em áreas de maior vulnerabilidade social, localizadas nos bairros de Nossa Senhora da Apresentação, Planalto, Lagoa Azul e Pajuçara.

As experiências exitosas das ações de promoção à saúde, desenvolvidas pela ESF no município de Natal, no quadriênio 2006-2009, levaram a conquista de prêmios nacionais e internacionais em eventos de grande interesse de produção científica, dentre eles:

- Menção honrosa para o trabalho: “Tenda do Conto: um espaço para sua história nas Unidades de Saúde da Família de Panatis e Soledade I”, no II Seminário de Humanização, Brasília, 2009;

- Prêmio Internacional de Acreditação do melhor planejamento familiar da capital do Rio Grande do Norte, dado a Unidade de Saúde da Família de Cidade Praia, ano 2006, pela Federação Internacional do Planejamento Familiar – IPPS;

- II Prêmio Sérgio Arouca a sobre a temática “Vinte anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, experiências e avanços na consolidação do SUS”, com o trabalho: “Encantos de um pastoril: A Dança Folclórica na Promoção a Saúde”, dado a Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão II, ano 2006, no Congresso Nacional da Rede Unida, Curitiba.

As UBS que ainda seguem o modelo tradicional trabalham na lógica de demanda aberta, cuja delimitação de área de abrangência não foi redimensionada para atender a real necessidade do crescimento populacional dos bairros nos quais estão inseridas. Dessas Unidades, 08 possuem Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

Associada a essa questão, observa-se uma expansão demográfica em áreas desprovidas de serviços de saúde, assim denominados “clarões assistenciais”, o que tem gerado ainda mais dificuldade de acesso aos serviços da atenção básica. Como forma de minimizar a dificuldade desse acesso, algumas dessas áreas conta com o atendimento de uma Unidade Móvel, que durante uma semana se fixa em determinada comunidade, alternando a cada 45 dias.

Ressalta-se ainda, que o processo de organização desse nível de atenção na lógica da “mudança” do modelo, visando a atenção integral, deve considerar as possibilidades de acesso a outros níveis de atenção, de forma regionalizada por Distrito Sanitário. O desenho de rede mostra que a tipologia dos serviços organizados segundo níveis de complexidade, nessa base territorial, se dá de forma fragmentada, o que gera descontinuidade da assistência.

Diante dessas questões se faz necessário uma reorganização da rede de atenção do município de Natal, que favoreça o acesso as linhas de cuidados, a partir da atenção básica, garantindo a integralidade das ações e serviços. Nesse sentido, o fortalecimento da atenção básica se traduz como condição essencial para o alcance das metas do Plano Municipal para o quadriênio 2010-2013 e do Pacto pela Saúde.

### 11.1.2 Saúde Bucal

A SMS Natal, entendendo que a Política de Saúde tem que estar em sintonia com os demais componentes de uma infra-estrutura social, proporciona uma atenção odontológica comprometida com a prevenção, promoção e assistência.

A SMS possui uma rede de assistência odontológica na atenção primária, responsável pela garantia do acesso, viabilizando o fluxo do usuário aos demais níveis de atenção. Distribuídas em 55 Unidades Básicas, sendo 37 destas, Unidades de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal (na proporção de 1 equipe de Saúde bucal para 1 equipe de Saúde da Família) em 101 equipes das 113 implantadas no Município. As atividades de assistência são desenvolvidas com 1 gabinete odontológico para 2 equipes de Saúde Bucal, com uma cobertura de 33,72%, atendendo aproximadamente 59.340 famílias. Nesse contexto, coexiste 18 Unidades Básicas que não fazem parte deste novo modelo de atenção, das quais 07 funcionam com Pronto Atendimento Odontológico em regime de urgência 24h. Há ainda um AME (Ambulatório Médico de Especialidades) com o atendimento odontológico dando suporte às Unidades Básicas de Saúde dos Distritos sanitários Norte I e II em Saúde Bucal.

Em 2009, foram realizados 896.520 procedimentos básicos em saúde bucal dos quais 224.131 foram procedimentos coletivos e 672.389 procedimentos individuais básicos com uma média de 0,83 procedimentos individuais/pessoa ao ano.

A atenção secundária foi implementada a partir dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente - ampliando e qualificando a atenção especializada, com a implantação no ano de 2005 de 03 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com um aumento significativo no número de procedimentos de média complexidade passando de 37.854 mil em 2004, 79.337 em 2005, 70.512 em 2007, 73.875 em 2008 e 51.914 em 2009, respectivamente. Cabe mencionar que a queda registrada em 2009 deveu-se a problemas de infraestrutura física e apoio logístico (manutenção, insumos). O município conta ainda com um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

A articulação entre ensino e serviços de saúde conta com a colaboração das equipes de saúde bucal, uma vez que estão inseridas no Programa de Educação para o Trabalho (PETSÁUDE) por meio das disciplinas SACI (Saúde e Cidadania) E POTI (Programa de Orientação Tutorial Integrado), que hoje são obrigatórias na grade curricular do curso de odontologia. Na SMS Natal, 12 Unidades de Saúde da Família contribuem como campo de estágio para os alunos nas referidas disciplinas.

As práticas dos profissionais de Saúde Bucal são norteadas através do Protocolo Integrado de Saúde Bucal na perspectiva de um trabalho integrado. Dentre os Estudos Epidemiológicos em Saúde Bucal que contribuem para as estratégias de avaliação e planejamento dos serviços, pode-se destacar o último Levantamento Epidemiológico de Base Nacional – SBBRASIL 2010, no qual foram produzidas informações sobre as condições de saúde bucal do Município de Natal.

O Câncer Bucal é uma das doenças que mais cresce no Brasil e no mundo. De acordo com a OMS, a doença avançou 30% na Europa na última década e 50% nos últimos 20 anos no mundo entre a população com menos de 40 anos. No Brasil, o quadro não é muito diferente. O Câncer bucal, que antes atingia principalmente homens na faixa dos 60 anos com histórico de consumo elevado de tabaco e álcool, agora é a terceira doença, entre as neoplasias, que mais mata homens e a sétima responsável por óbitos entre as mulheres entre 2003 e 2007. Nesse contexto, a atuação do cirurgião-dentista torna-se fundamental, não apenas no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento do câncer bucal, como também principalmente na prevenção. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil pouco mais de três mil pessoas morrem por conta da doença, a cada ano. Conforme previsão do INCA, a doença deve atingir no Brasil 10,64 homens e 3,76 mulheres a cada grupo de 100 habitantes em 2010. O Município de Natal, na perspectiva de contribuir com a redução dos casos de câncer de boca, estabeleceu como meta a qualificação dos profissionais de toda sua rede de serviços, no sentido de sensibilizá-los para a melhoria do diagnóstico precoce e incentivo à prevenção da doença.

### **11.1.3 Alimentação e Nutrição**

No processo de planejamento das ações de alimentação e nutrição no âmbito municipal, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou o seu Plano de Alimentação e Nutrição com referência na Política de Alimentação e Nutrição - PNAN, onde foram priorizadas 4 diretrizes programáticas: 1) Monitoramento da situação alimentar e nutricional; 2) Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; 3) Prevenção e controle de distúrbios e doenças associadas à alimentação e nutrição e 4) Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Desde os anos 90 a Secretaria de Saúde desenvolve em 32 Unidades de Saúde o Programa de Combate às Carências Nutricionais - Programa do Leite, cujo objetivo é recuperar o estado nutricional de crianças na faixa etária de 6 meses a 05 anos de idade, além de gestantes em risco dessa natureza.

Em agosto de 2006, através de um Termo de Ajustamento de Conduta(TAC) foi instituído na Secretaria Municipal de Saúde o Programa de Assistência a Crianças com Intolerância ou alergia Alimentar, visando atender

crianças de 6 meses a 3 anos de idade, com diagnóstico clinicamente comprovado por uma Comissão Interinstitucional, onde são fornecidas fórmulas especiais para fins de tratamento das mesmas.

#### 11.1.4 Imunização

Tabela 16: Cobertura vacinal de crianças menores de um ano de idade, segundo ano e imunobiológico. Natal/RN- 2006/2010

Imunobiológico	2006	2007	2008	2009	2010
BCG	144,11	123,32	134,26	137,51	138,12
Hepatite B	90,38	76,07	74,8	88,74	81,32
Poliomielite	93,77	76,4	77,42	83,14	87,3
Tetraivalente	89,36	83,12	77,51	88,05	81,58
Tríplice Viral	97,97	87,05	78,6	95,72	97,24

Fonte: SMS/Programa Nacional de Imunização (PNI)

Em 2010 a meta era de vacinar 73.031 idosos contra a influenza, tendo sido alcançado uma cobertura de 85,31%.

Quanto ao H1N1, obteve-se uma cobertura de 106,80% em 2010, quando essa vacina foi disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

Foram vacinadas 6.476 gestantes, resultando numa cobertura de 53,41%.

## 11.2 Atenção Especializada

A Atenção Especializada engloba a assistência de média e de alta complexidade, em caráter ambulatorial e hospitalar. Demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

A Média Complexidade Ambulatorial inclui a maioria dos procedimentos necessários para o diagnóstico, tratamento e reabilitação. Possui caráter complementar e suplementar as ações desenvolvidas pela Atenção Básica.

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

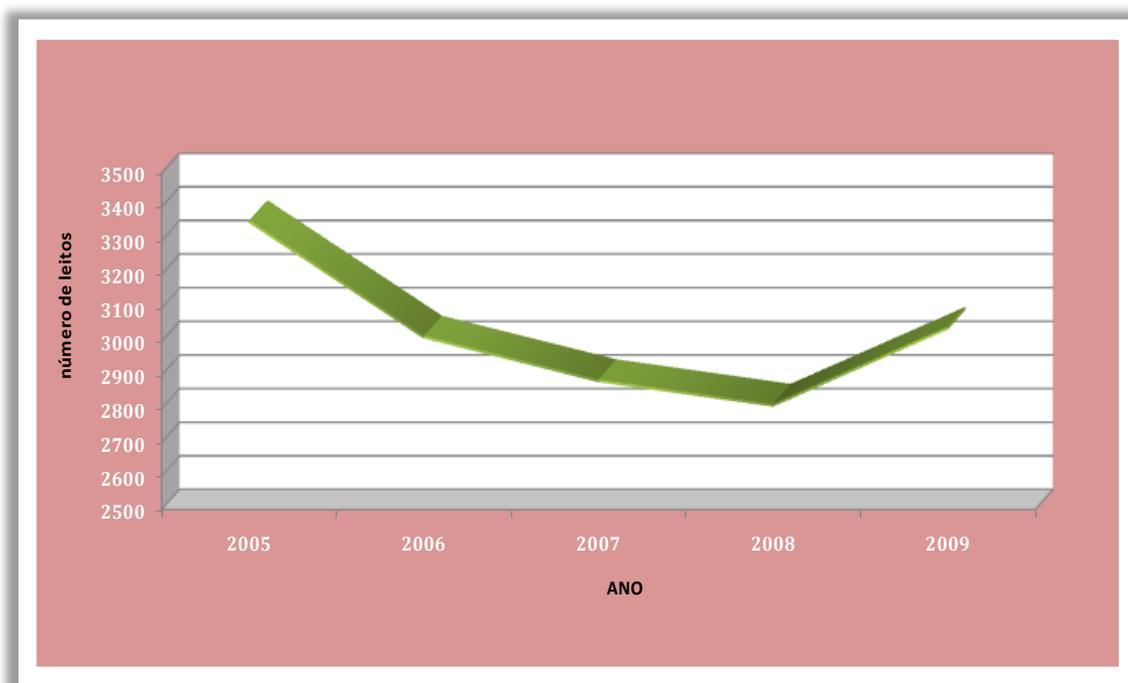
### 11.2.1 Assistência hospitalar

A rede Hospitalar do SUS no município conta com 35 unidades hospitalares, sendo a maioria do setor privado, cujo percentual em 2009 foi de 57,1%. As unidades estaduais representam 20% do total de estabelecimentos hospitalares e as unidades próprias municipais, 14,3%. A esfera federal conta com 8,6% da rede hospitalar.

Essas unidades hospitalares possuíam um total de 3.039 leitos de internação com uma média de 3,8 leitos por mil habitantes. No entanto, contando apenas com os 2.252 leitos conveniados ao SUS, essa média cai para 2,8.

Analisando a série histórica, verifica-se uma queda de 9,5% no número de leitos do município, sendo que a maior redução foi dos leitos não conveniados ao SUS. A proporção de leitos SUS que em 2005 era 68,9%, subiu para 74,1% em 2009.

Gráfico 35: Série histórica do número de leitos hospitalares existentes no município de Natal. 2005/2009



Fonte: MS, Datasus/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

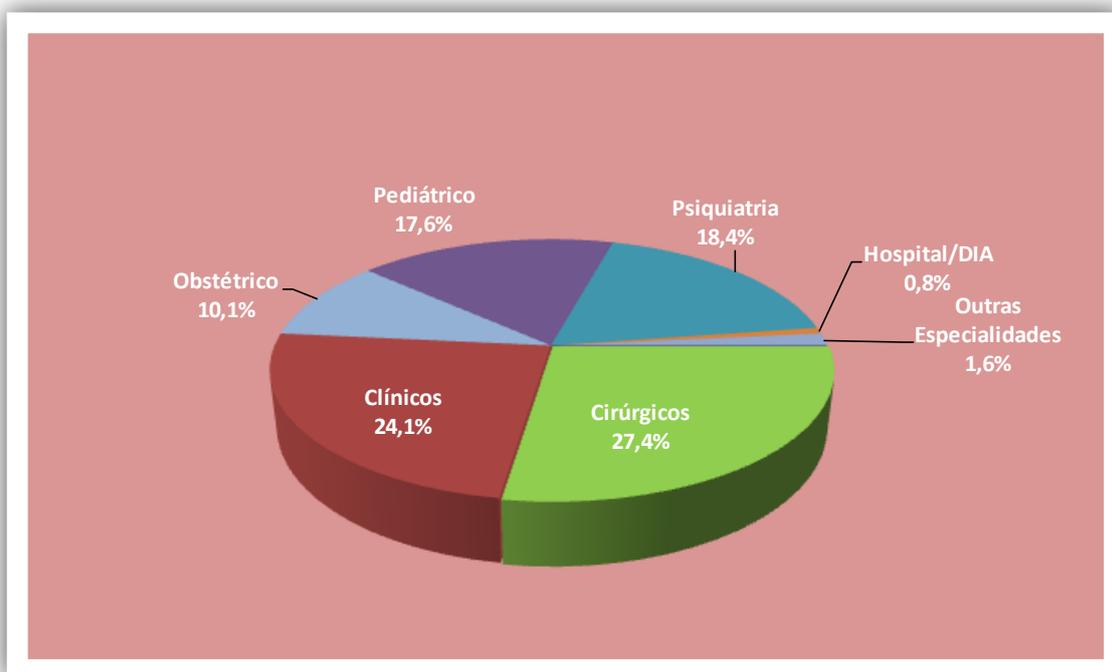
Tabela 17: Leitos hospitalares existentes no município de Natal. 2005/2009

Ano	Leitos existentes	Leitos não SUS	Leitos SUS
2005	3.357	1.045	2.312
2006	3.013	831	2.182
2007	2.883	756	2.127
2008	2.810	793	2.017
2009	3.039	787	2.252

Fonte: MS, Datasus/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Com relação à classificação de leitos por especialidade, verifica-se que a maior parte dos leitos SUS são cirúrgicos e clínicos, com percentuais de 27,4% e 24,1%, respectivamente. Os leitos psiquiátricos atingiram um percentual de 18,4%, representando a terceira maior parcela dos leitos da rede hospitalar, seguidos dos leitos pediátricos e obstétricos.

Gráfico 36: Percentual de leitos hospitalares existentes no município de Natal, segundo especialidade. 2009



Fonte: MS, Datasus/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Tabela 18: Leitos hospitalares existentes no município de Natal, segundo especialidade. 2009

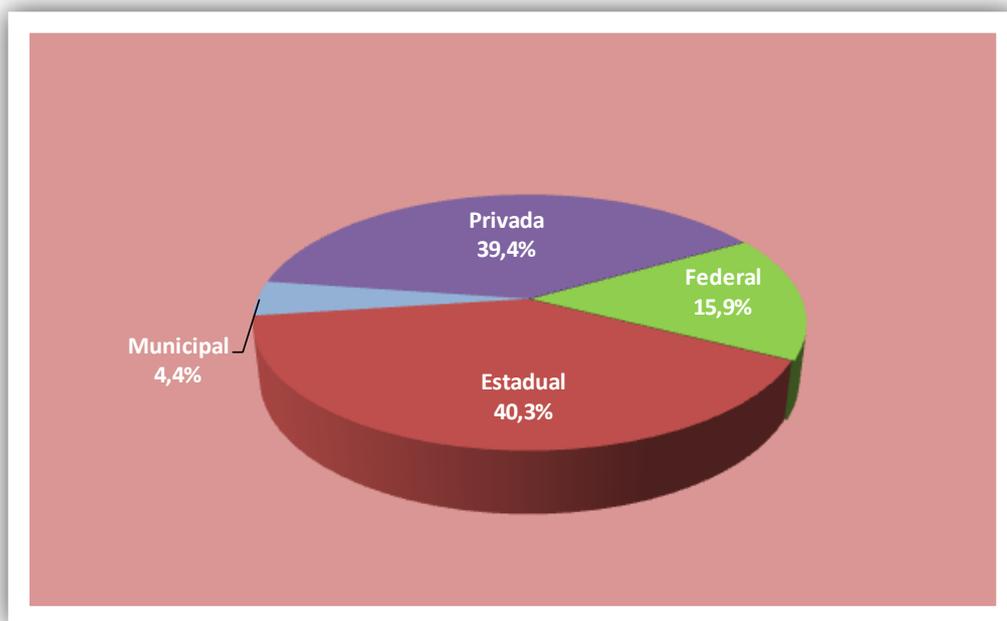
Especialidade	Leitos existentes	Leitos SUS	Leitos não SUS
Cirúrgicos	903	618	285
Clínicos	767	543	224
Obstétrico	286	227	59
Pediátrico	444	397	47
Psiquiatria	554	415	139
Hospital/dia	38	17	21
Outras Especialidades	47	35	12
<b>Total</b>	<b>3.039</b>	<b>2.252</b>	<b>787</b>

Fonte: MS, Datasus/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

A maior parte dos leitos da rede SUS é estadual e corresponde a 40,3%. Em segundo lugar estão os privados, cujo percentual é de 39,4% e, em terceiro, aparece os da esfera federal, com percentual de 15,9%. Os leitos das unidades hospitalares municipais não chegam a 5% do total de leitos.

No período 2005 a 2009 houve uma diminuição de 140 leitos da esfera estadual e 297 da rede privada. Por outro lado, ocorreu um aumento de 79 leitos federais e 40 municipais.

Gráfico 37: Percentual de Leitos hospitalares SUS existentes no município de Natal, segundo esfera administrativa. 2009



Fonte: MS, Datasus/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Tabela 19: Leitos hospitalares existentes no município de Natal, segundo esfera administrativa. 2005/2009

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total
2005	349	1070	59	1879	3357
2006	350	1024	46	1593	3013
2007	375	1026	62	1420	2883
2008	360	904	84	1462	2810
2009	428	930	99	1582	3039

Fonte: MS, Datasus/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

### Leitos UTI

O município contava também em 2009 com 450 leitos complementares, dos quais 352 eram de Unidade de Terapia intensiva (UTI) e os demais de Unidades Intermediárias. Já na rede conveniada ao SUS, o quantitativo é menor: 240 de leitos complementares, entre eles, 147 leitos de UTI.

Os leitos de UTI existentes corresponderam, em 2009, a um percentual de 11,6% do total geral de leitos do município, estando dentro dos parâmetros recomendados pela portaria ministerial nº 1.102 de junho/2002, que estabelece uma faixa de 6% a 10%. No entanto, levando-se em conta apenas os leitos do SUS, a proporção de UTI fica em torno de 6,9%, permanecendo ainda dentro da faixa preconizada, porém mais próximo do limite inferior.

Tabela 20: Número de leitos complementares existentes no município de Natal. 2009

Leitos complementares	Existente	SUS	Não_SUS
<b>UTI</b>	<b>352</b>	<b>147</b>	<b>205</b>
UTI adulto	260	100	160
UTI infantil	44	20	24
UTI neonatal	48	27	21
<b>Unidade intermediária</b>	<b>98</b>	<b>93</b>	<b>5</b>
Unidade intermediária	46	46	-
Unidade intermediária neonatal	25	25	-
Unidade isolamento	27	22	5
<b>Total</b>	<b>450</b>	<b>240</b>	<b>210</b>

Fonte: MS, Datasus/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Quanto ao quantitativo de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, o município possui 48 unidades, das quais 27 pertencem à rede conveniada ao SUS.

Considerando-se o parâmetro da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) que preconiza 4 leitos de UTI de terapia intensiva para cada 1.000 nascidos vivos, na proporção de um leito de UTI para cada três leitos de Unidade Intermediária(UI) Neonatal e, considerando-se ainda uma média de 12.000 nascidos vivos de mãe residentes no município por ano, Natal precisaria de 12 leitos de UTI e 36 leitos de UI para seus residentes. No entanto, em virtude da alta demanda de pacientes de outros municípios do RN, a média de nascidos vivos de partos realizados em Natal fica próxima de 19.000 e requer um número maior de leitos: 19 de UTI e 57 de UI, totalizando 76 unidades. Ao se comparar esses quantitativos com o quantitativo de leitos existentes e cadastrados no CNES, verifica-se que o número de UTI neonatal existente é superior ao calculado a partir do parâmetro. Por outro lado, o déficit se encontra no quantitativo de leitos de Unidade Intermediária que, de acordo com os dados é de 32 leitos.

Para a demanda de Natal as UTI e UI existentes são suficientes. Porém, o que vem acontecendo é uma superlotação nas unidades hospitalares com internação neonatal nesse município, devido ao aumento da demanda para UTI de outros municípios do Estado em função de vários motivos, entre eles, a Regionalização dos serviços no Estado que não está organizada e que induz a busca desse serviço em Natal e a própria cultura da população em preferir buscar a assistência na capital. Soma-se a isso às questões relacionadas à assistência própria do pré-natal.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) de Natal inclui um quantitativo de internações em UTI para municípios por abrangência, porém o realizado é bem superior ao pactuado e isso desestabiliza a programação do município de Natal que não está comportando na sua estrutura essa demanda.

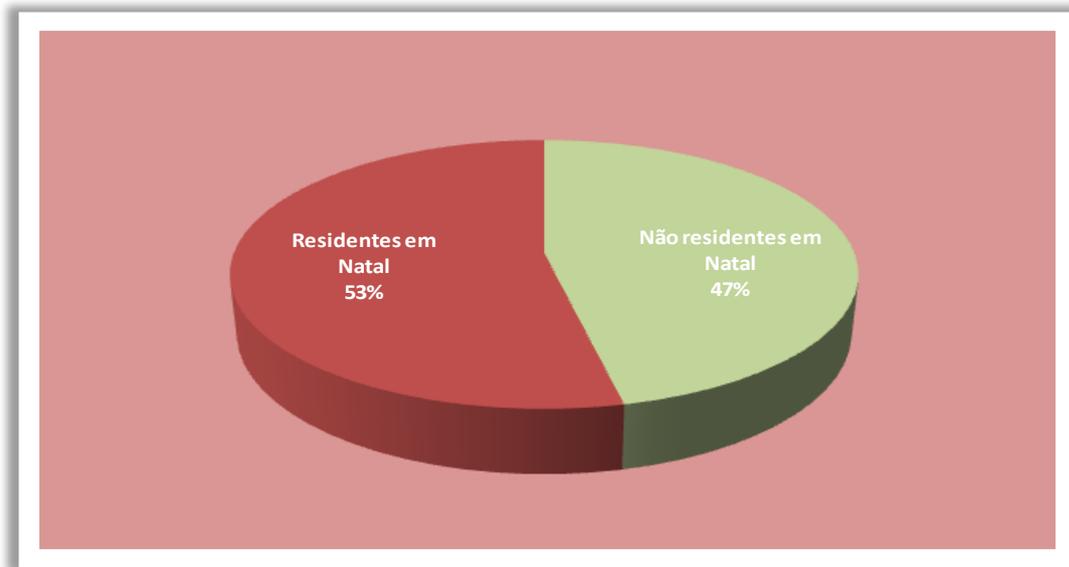
Ressalta-se ainda que o parâmetro da SBP representa uma média, devendo os municípios levar em conta as diferenças locais, entre elas a organização dos serviços e o perfil epidemiológico.

### **Internações hospitalares**

A rede hospitalar do SUS em Natal realizou 64.791 internações em 2009, correspondendo a uma taxa de 8,0 internações para cada 100 habitantes. No entanto, considerando-se apenas os residentes, a taxa de internação cai para 4,3 internações por 100 habitantes, ficando abaixo do parâmetro da portaria 1.101 de junho/2000 que sugere um percentual de 7% a 9% internações para cada 100 habitantes.

Ressalta-se que quase metade das internações realizadas se refere aos pacientes não residentes neste município, oriundos de diversas cidades, sendo a sua grande maioria do estado do RN.

Gráfico 38: Percentual de Internações ocorridas por local de residência do paciente. Natal/RN-2009.



Fonte: MS, Datasus/Sistema de Informações Hospitalares

De 2005 a 2007 foi observada uma queda no número de internações realizadas em Natal. A partir desse período, passou a crescer e teve um incremento de 4,1% até 2009.

Gráfico 39: Série histórica do número de internações de pacientes com residência e ocorrência em Natal. 2005/2009.



Fonte: MS, Datasus/Sistema de Informações Hospitalares

Entre todas as internações ocorridas, a maior proporção foi para a cirurgia e, em 2009, representou 37,4%. Na sequência aparecem as internações para Obstetrícia, Clínica médica, e Pediatria, com percentuais de 23,5%, 21,3% e 12,9%, respectivamente. As menores demandas para internações foram para Psiquiatria (4,4%) e Pneumologia sanitária (0,5%).

Verificam-se alterações significativas no quantitativo de internações realizadas por especialidade no período em análise: aumento das internações em Clínica médica (28,0%), Pneumologia Sanitária (98,7%) e Cirurgia (5,0%); queda das internações em Pediatria (28,5%), Psiquiatria (18,1%) e Obstetrícia (6,6%).

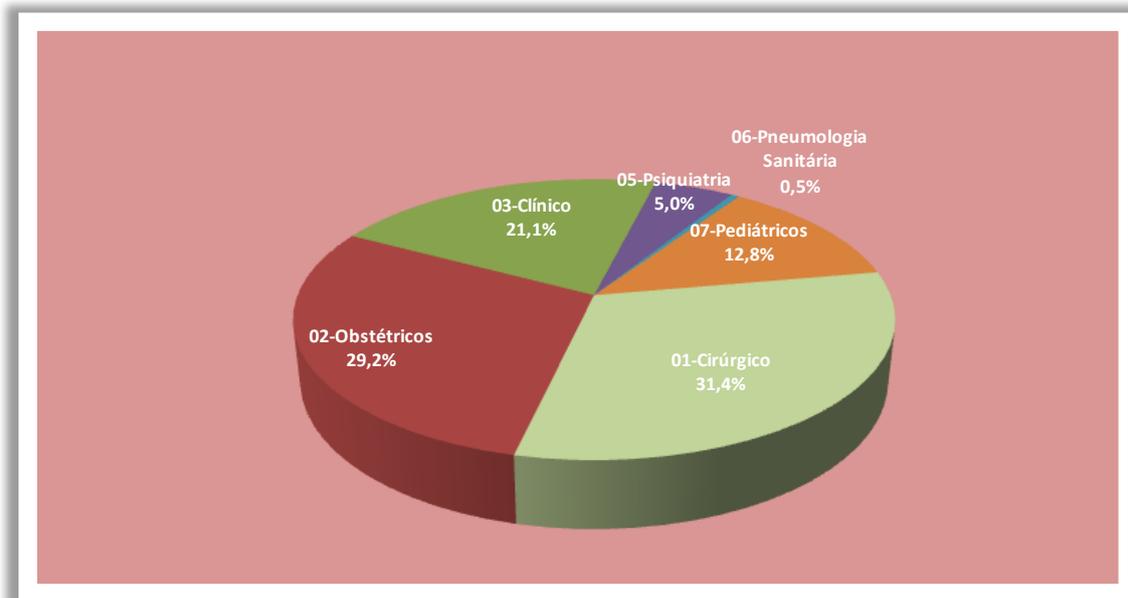
Em 2009, a maior demanda de pacientes não residentes em Natal foi para a cirurgia, com percentual de 44,3%, enquanto que para os residentes esse percentual foi de 31,4%. Situação inversa se encontra na obstetrícia, cuja maior proporção ocorre entre os residentes (25,1%).

Tabela 21: Número de internações ocorridas no município, segundo especialidade. Natal/RN-2005-2009

ESPECIALIDADE	2005	2006	2007	2008	2009
Cirúrgico	23.068	22.200	22.917	23.581	24.223
Obstétricos	16.279	16.070	14.506	14.557	15.206
Clínico	10.784	11.036	10.849	11.641	13.803
Psiquiatria	3.510	3.664	3.271	3.495	2.875
Pneumologia Sanitária	153	209	175	254	304
Pediátricos	11.723	10.233	10.482	10.074	8.378
Leito Dia / Cirúrgicos	183	267	15	-	-
Leito Dia	-	-	-	-	2
<b>Total</b>	<b>65.700</b>	<b>63.679</b>	<b>62.215</b>	<b>63.602</b>	<b>64.791</b>

Fonte: MS, Datasus/Sistema de Informações Hospitalares

Gráfico 40: Percentual de internações de residentes no município por especialidade. Natal/RN-2009



Fonte: MS, Datasus/Sistema de Informações Hospitalares

O município de Natal aplicou R\$ **87.947.775,74** em internações no ano de 2009, representado um valor médio de R\$**7.328.931,81** por mês e valor per capita de R\$**109,09** por ano.

Outro dado importante se refere aos custos que foram maiores para as internações daqueles que não residiam nesse município e corresponderam a 52,8% do custo total com hospitalizações. Uma análise do custeio com essa assistência no período de 2005 a 2009 mostra um crescimento nos valores anuais totalizando um incremento de 45,4% em 2009.

O valor médio por AIH ficou em torno de R\$1.282,62, porém o valor varia quando se verifica por especialidade. Enquanto para a cirurgia o valor médio foi de R\$1.922,45, para a obstetrícia o valor ficou em torno de R\$647,17.

Tabela 22: Valor aplicado em AIH/internações hospitalares no município de Natal, segundo especialidade e origem do paciente no ano de 2009.

ESPECIALIDADE	Total	Residentes em Natal	Residentes em outros municípios
01-Cirúrgico	46.567.513,53	19.592.152,20	26.975.361,33
02-Obstétricos	9.840.877,03	6.366.962,62	3.473.914,41
03-Clínico	15.554.446,90	7.772.712,05	7.781.734,85
05-Psiquiatria	5.834.444,54	3.460.321,63	2.374.122,91
06-Pneumologia Sanitária	448.177,37	257.677,03	190.500,34
07-Pediátricos	9.697.178,74	4.073.489,32	5.623.689,42
12-Leito Dia	5.137,63	-	-
<b>Total</b>	<b>87.947.775,74</b>	<b>41.523.314,85</b>	<b>46.424.460,89</b>

Fonte: MS, Datasus/Sistema de Informações Hospitalares

Tabela 23: Valor total aplicado, média por internação e valor per capita/ano das AIH das internações ocorridas no município. Natal/RN-2005/2009

ANO	Valor Total	Média /AIH	Valor /hab
2005	60.480.621,03	870,60	77,73
2006	57.412.648,08	864,91	72,68
2007	65.207.955,80	1.003,09	81,34
2008	75.479.963,85	1.125,83	94,58
2009	87.947.775,74	1.282,62	109,09

Fonte: MS, Datasus/Sistema de Informações Hospitalares(SIH)

### 11.2.2 Assistência ambulatorial

No município esse nível de atenção contava em 2009 com 139 estabelecimentos, dos quais 88 eram serviços próprios. Entre eles: 6 unidades de saúde com pronto-atendimento 24 horas, 5 Policlínicas, 1 CEREST, 1 CEASI e 7 serviços de Saúde Mental na rede própria de serviços.

Tínhamos em 2009 Pronto-Atendimentos localizados na Policlínica Cidade da Esperança, Unidade de Saúde de Cidade Satélite, Unidade de Saúde de Mãe Luíza, Unidade de Saúde de Pajuçara, Unidade de Pronto-Atendimento Infantil Dra. Sandra Celeste, e Hospital dos Pescadores. As Unidades de Pronto-Atendimento de Cidade da Esperança, Mãe Luíza, e Cidade Satélite vivenciam um déficit de profissionais médicos dificultando sua resolutividade. Observa-se ainda a necessidade de uma re-estruturação física e tecnológica. O Pronto-atendimento da Unidade de Saúde de Pajuçara foi fechado pelas razões acima elencadas e substituída pela UPA Pajuçara. O mesmo acontecerá com o Pronto-atendimento da Cidade da Esperança.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Pajuçara foi inaugurada em junho de 2010, no bairro de Pajuçara, Zona Norte da capital. Tem uma média diária de 300 atendimentos, compreendidos entre atendimentos de adultos e crianças e a sua escala conta diariamente com 3 médicos clínicos gerais e 2 pediatras. É regulado pelo SAMU Natal.

Encontra-se em construção uma UPA porte III no bairro Cidade da Esperança que irá atender a demanda do distrito Oeste.

O Pronto Atendimento Infantil Dra. Sandra Celeste, reinaugurado em 2009, tem capacidade para realizar 400 atendimentos diários, com 3 médicos pediatras por turno de 12 horas. Além de atendimento de urgência, a unidade conta com serviço de vacinação e ambulatório, dentista, e realização de exames de Raio X.

Com o objetivo de dar cobertura as áreas descobertas da ESF, a SMS implantou 3 **Ambulatórios Médicos Especializados (AME)** nos bairros de Nova Natal, Planalto e Brasília Teimosa no ano de 2010. Contando com atendimento médico de várias especialidades e equipe multiprofissional. Todas essas unidades são informatizadas e os usuários recebem cartão de identificação para o acesso ao prontuário eletrônico. Esses ambulatórios têm capacidade de realizar em média 15.000 procedimentos/mês, inclusive exames laboratoriais. O gerenciamento dos AME é realizado por uma organização social (OS). Em Nova Natal a prioridade do atendimento é a atenção ao idoso. Conta ainda com realização de ultrassonografia e eletrocardiograma.

As 4 policlínicas (Policlínica Asa Norte, Policlínica Cidade da Esperança, Policlínica Neópolis e Policlínica Dr. José Carlos Passos) atendem a demandas referenciadas pela atenção básica e estratégia da saúde da família, com especialistas em diversas áreas, como: cardiologia, angiologia, endocrinologia, neurologia, psiquiatria, reumatologia, ortopedia, gastroenterologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia entre outros.

### 11.2.3 Saúde Mental

A Rede de Saúde Mental do município de Natal conta hoje com serviços substitutivos, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, e serviços ambulatoriais tanto para cuidado dos transtornos mentais, como para tratamento de dependência química nas áreas de álcool e outras drogas, incluindo tabagismo, atendendo também o público infanto-juvenil. Destaca-se também o acompanhamento de familiares dos pacientes em tratamento nos CAPS.

Quadro 1: Rede de serviços de Saúde Mental do município de Natal. 2010

Distrito Leste	Distrito Oeste	Distrito Norte	Distrito Sul
CAPS III Leste CAPS II AD Leste  Ambulatório de Saúde Mental da Pol. da Ribeira  Serviço de Residência Terapêutica – SRT Leste	CAPS II Oeste CAPS II i – Infanto-juvenil (Transtornos mentais graves, álcool e outras drogas)  Serviço de Residência Terapêutica – SRT Oeste	CAPS II AD Norte	APTAD- Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Tabagismo, Alcoolismo e Outras Drogadições

O serviço de Residência Terapêutica (RT) faz parte do Programa “De Volta pra Casa” do Governo Federal e presta assistência a pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos e manicômios<sup>7</sup> judiciais, provenientes de longas internações, sem nenhum laço social/familiar fora da instituição, possibilitando-lhes abrigo e cuidados. Em Natal, as duas Residências Terapêuticas assistem a 15 usuários.

O CAPS III Leste, recém inaugurado, é o primeiro **CAPS III** de Natal. Este serviço diferencia-se dos demais CAPS II, pois conta com leitos de acolhimento noturno para usuários com transtorno mental em momentos de crise, funcionando em regime de plantão 24h. O serviço atenderá usuários do CAPS II Oeste e do próprio CAPS III Leste.

Já na perspectiva de abertura do CAPS III Leste, foi iniciada no mês de novembro/2010 a urgência psiquiátrica no SAMU NATAL, que conta com médicos Psiquiatras, em regime de plantão noturno, todos os dias, incluindo sábados, domingos e feriados.

No segundo semestre de 2010, foram realizadas capacitações continuadas para os profissionais de toda Rede de Saúde Mental e da Atenção Básica com objetivo de discutir e planejar a abertura do CAPS III em Natal

Ainda como forma de assegurar aos médicos psiquiatras plantonistas do SAMU conhecimento acerca das intervenções e rotina da Psiquiatria em serviços de tele-medicina foi realizada capacitação promovida pelo Ministério da Saúde, no mês de setembro de 2010.

Em 2010 foram nomeados e convocados 11 enfermeiros e 05 técnicos de enfermagem, sendo lotados nos serviços substitutivos de Saúde Mental, garantindo a gestão pública e evitando a terceirização de profissionais.

Para o ano de 2011 será ampliada a Rede de Saúde Mental com a criação de mais um CAPS III Norte, transformação do CAPS II AD Norte em CAPS III AD Norte, criação do CAPS III AD Sul, e transformação do CAPS II Oeste em CAPS III Oeste, com previsão de inauguração para Julho de 2011. Para tanto se faz necessário a contratação de profissionais Psiquiatras, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Técnicos de Enfermagem, Farmacêuticos, Arte Educadores, Auxiliares de Farmácia, Enfermeiros dentre outros, relevantes para o projeto terapêutico dos usuários dos serviços.

Foi aprovado pelo Ministério da Saúde o incentivo de R\$ 1.696.000,00 para a implantação do Plano Emergencial de Universalização do Acesso a Usuários de Álcool e Drogas de Natal 2010-2011. Este plano tem como objetivo geral garantir o acesso universal dos usuários de drogas a serviços de saúde mental no município.

#### 11.2.4 SAMU

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, normatizado no Brasil a partir de 2003 faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências e caracteriza-se pela prestação de socorro a vítimas em situações de agravos urgentes, nos locais onde esses ocorrem, possibilitando a garantia de um atendimento precoce e adequado ao ambiente pré-hospitalar, além do acesso ao Sistema de Saúde (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008).

O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de saúde que são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas e atendem urgências de caráter traumático, clínico, pediátrico, cirúrgico, gineco-obstétrico e de saúde mental (BRASIL, 2010).

O SAMU visa estabelecer um modelo assistencial padronizado que funciona com centrais de regulação de discagem gratuita (linha 192) e com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada.

O SAMU Natal conta ainda com um Núcleo de Educação Permanente que realiza cursos de atualização e capacitação tanto para os profissionais do serviço, assim como para a população leiga e outros profissionais, de acordo com as diretrizes preconizadas pela Portaria n.º 2048/2002. São oferecidos treinamentos em Suporte Básico de Vida para empresas, Hospitais Parceiros e Unidades de Saúde. Além destes treinamentos, o SAMU em parceria com o Ministério da Saúde e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, oferece o curso de Capacitação dos Profissionais do APH móvel (SAMU) e APH fixo.

As viaturas são classificadas de acordo com seu porte de atendimento, sendo:

- **Unidade de Suporte Básico de Vida (USB - Ambulância):** destina-se ao transporte inter-hospitalar de pacientes cujo risco de vida é conhecido e ao atendimento inicial de casos de gravidade desconhecida, que não necessitam de intervenção médica no local e/ou durante o transporte da vítima, contando com os equipamentos necessários ao suporte básico de vida.
- **Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA - Ambulância):** destina-se ao transporte inter-hospitalar de pacientes que necessitam de cuidados médicos intensivos, e atendimento e transporte de pacientes que apresentam elevado risco de vida em emergências pré-hospitalares, configurando-se como uma Unidade de Tratamento Intensivo Móvel. A equipe é composta por 1 condutor, 1 enfermeiro e 1 médico.
- **Motolância (Moto):** destina-se a promover a antecipação de atendimentos de urgência, antecedendo a chegada de outras viaturas, em locais onde o fluxo de trânsito é intenso ou de difícil acesso, nos

quais as ambulâncias não conseguem trafegar com facilidade. A equipe é composta por técnicos de enfermagem.

O SAMU Natal, até dezembro de 2008, atuava com 8 Unidades de Suporte Básico de Vida (USB – Ambulância), 2 Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA – Ambulância) e não existiam as equipes de motolância padronizadas pelo Ministério da Saúde.

Em janeiro de 2010, foram implantadas: 1 Unidade de Suporte Avançado de Vida(USA), 1 Unidade de Suporte Básico de Vida(USB), 6 motolâncias, reserva técnica de viaturas com: 1 motolância, 6 ambulâncias (USB) e 1 ambulância (USA). Após ampliação, o serviço conta com 18 unidades móveis, sendo 6 motolâncias, 9 USBs e 3 USAs.

Todas as USB foram equipadas com oxímetro de pulso e Desfibrilador Externo Automático (D.E.A.). Foi atualizado todo o arsenal de equipamentos das USA com Respirador de Transporte, Cardioversor com função DEA e Marcapasso Transcutâneo, Monitor Cardíaco com função Multiparâmetros, Bomba de Infusão Contínua, novas Incubadoras, Instrumental Cirúrgico e a aquisição dos equipamentos e implantação da TELE-MEDICINA.

Tabela 24: atendimentos realizados pelo SAMU Natal. 2007 a 2009

2007								
TIPO DE ATENDIMENTO	CLÍNICO	PSIQUIÁTRICOS	TRAUMÁTICOS	OBSTÉTRICOS	ÓBITOS CONSTATADOS	TRANSFERÊNCIAS	ÓBITOS DURANTE REMOÇÃO	TOTAL
AVANÇADO	1140	7	634	128	166	865	30	2970
BÁSICO	10174	1427	6825	1556	226	2490	30	22728
ORIENTAÇÕES MÉDICAS								41613
<b>TOTAIS</b>	<b>11314</b>	<b>1434</b>	<b>7459</b>	<b>1684</b>	<b>392</b>	<b>3355</b>	<b>60</b>	<b>67311</b>
2008								
AVANÇADO	1346	10	687	163	184	813	34	3237
BÁSICO	10579	1418	7181	1400	213	2450	30	23271
ORIENTAÇÕES MÉDICAS								38129
<b>TOTAIS</b>	<b>11925</b>	<b>1428</b>	<b>7868</b>	<b>1563</b>	<b>397</b>	<b>3263</b>	<b>64</b>	<b>64637</b>
2009								
AVANÇADO	2277	10	1006	280	310	845	5	2282
BÁSICO	17541	1609	8471	1540	284	1800	-	17541
ORIENTAÇÕES MÉDICAS								20481
<b>TOTAIS</b>	<b>19818</b>	<b>1619</b>	<b>9477</b>	<b>1820</b>	<b>594</b>	<b>2645</b>	<b>5</b>	<b>40304</b>

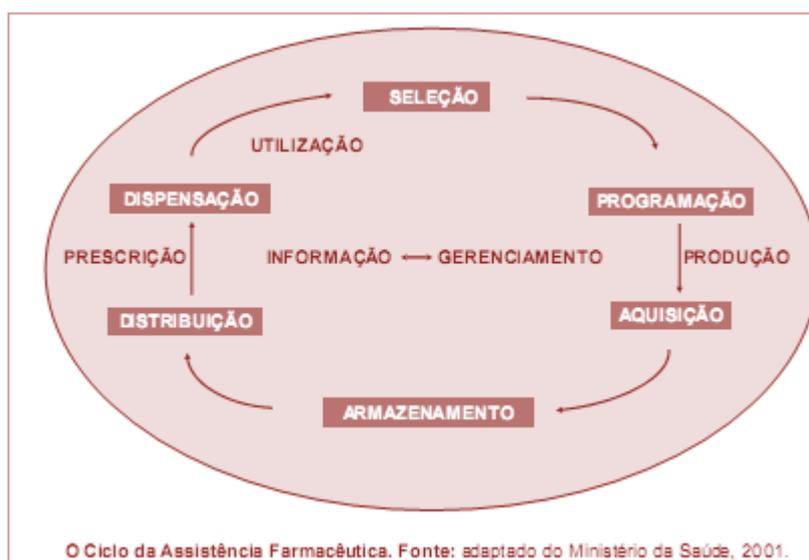
Fonte: SMS/SAMU

### 11.2.5 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é parte integrante e essencial dos processos de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade. Representa hoje um setor de grande impacto financeiro pela crescente demanda por medicamentos, exigindo um gerenciamento efetivo.

Na SMS, essa política está estruturada tendo o ciclo da Assistência farmacêutica como base, conforme figura abaixo.

Ciclo da assistência farmacêutica



#### Seleção de medicamentos

A seleção é a primeira etapa do ciclo da assistência farmacêutica, fase em que são escolhidos os medicamentos necessários ao atendimento da população.

O município de Natal vivenciou algumas experiências de instituição de uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME, porém, não se efetivou conforme desejado. Outro importante passo na construção desta lista de medicamentos foi dado em 2010 com a constituição de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica. A comissão foi criada para elaboração da REMUME que está prestes a ser concluída e seguir para a oficialização.

## Programação

Na fase de programação, são identificadas as quantidades de medicamentos necessários para atender a população, detalhadas as especificações para compra e calculados o custo daquilo que foi programado. São definidas ainda as prioridades de medicamentos estabelecidas conforme a disponibilidade de recursos existentes, o perfil epidemiológico, a oferta de serviços e o consumo histórico.

Essa fase não está acontecendo em virtude da falta de ferramentas apropriadas para a programação das compras, baseadas em dados de perfil de consumo e perfil epidemiológico. A informatização da assistência farmacêutica é solução para parte dos problemas encontrados nessa área.

Em geral as unidades de saúde não têm controle de estoque e do consumo nos dispensários, gerando com isso solicitações de medicamentos/insumos que não correspondem a real necessidade dos usuários.

A programação das compras é baseada nas Guias de Suprimento (GS), utilizadas pelas Unidades de saúde para as suas solicitações mensais.

Foi identificada a falta de medicamentos, mas há também registro de excesso e evidência de negligência na guarda destes. Em função disso foram realizadas capacitações para mudança de hábitos e práticas erradas no desempenho das atividades na farmácia e dispensários de medicamentos da rede.

## Aquisição

A aquisição nem sempre é feita de forma sistematizada e, muitas vezes, é dificultada pelo excesso de burocracia que torna longo o processo de compra dos medicamentos.

A ferramenta **Banco de Preços** vem sendo utilizada pela SMS para subsidiar a compra desses insumos. O banco de preço é um Sistema informatizado com alimentação em tempo real, através da internet, pelas instituições cadastradas, disponibilizando informações sobre compras de medicamentos e outros produtos da área da saúde. Para o uso desse sistema o Ministério da Saúde realizou treinamento para técnicos visando sua implantação.

A aquisição de medicamentos na SMS não tem sido feito de forma sistemática, sendo reflexo da falta de programação, controle de estoque de medicamentos, excesso de burocracia, entre outros. Foram realizadas 2 compras emergenciais nos anos de 2009 e 2010 que não atenderam as necessidades da rede

Fato novo para a compra de medicamentos foi a publicação das Portarias nº 2981 e 2982/MS de novembro de 2009, definindo valores, elenco e compromissos tripartite, exigindo ajustes a partir de 2010.

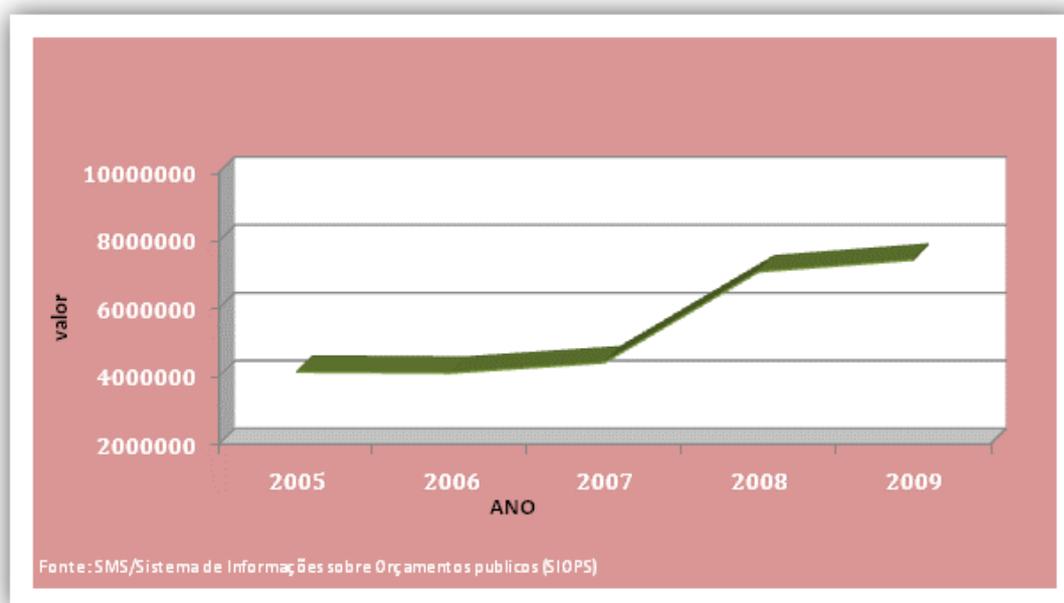
Quanto à aquisição de medicamentos via ação judicial, algumas dificuldades têm sido enfrentadas pela SMS, sendo as principais:

- Cada solicitação via ação judicial requer um processo de compra;
- Em determinadas situações as quantidades de medicamento/insumos não são suficientes para despertar o interesse dos fornecedores;
- Alto índice de solicitações sem a prescrição médica ou prescrições são emitidas sem a especificação de posologia no processo judicial.

A série histórica da tabela 26, mostra os valores investidos com medicamentos nos últimos 5 anos pela SMS. Percebe-se, através do gráfico 41 que o investimento do município para população aumentou no período, representando um incremento de 80% nos recursos.

Quanto aos insumos, entre 2008 e 2009 o município investiu um valor médio de R\$9.347.838,03 para suprir a rede de serviços próprios do município.

Gráfico 41: Série histórica dos investimentos, em reais (R\$) do município com medicamentos para a população de Natal. 2005-2009.



Fonte: SMS/Sistema de orçamentos Públicos (SIOPS)

Tabela 25: Série histórica dos investimentos em reais (R\$) do município com medicamentos para a população de Natal. 2005-2009.

Ano	Medicamentos (R\$)
2005	4.128.645,60
2006	4.097.901,20
2007	4.403.097,87
2008	7.079.785,24
2009	7.427.309,54

Fonte: SMS/Sistema de orçamentos Públicos (SIOPS)

### Armazenamento e distribuição

O armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos sempre foram responsabilidade da SMS, porém a partir de 2009 esses serviços passaram a ser realizados pelo Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos (NUPLAM), através de convênio firmado entre a Prefeitura de Natal e Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

Essa mudança ocorreu após auditoria do Ministério da Saúde em 2008 que detectou que o armazenamento de medicamentos não estava ocorrendo conforme normas estabelecidas. A partir dessa constatação e para suprir essa deficiência, a SMS solicitou a cooperação técnica e as instalações físicas do NUPLAM com o objetivo de efetuar o recebimento, guarda e controle de medicamentos, materiais médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais, recebendo-os diretamente dos fornecedores e mantendo-os sob sua guarda.

O fluxo para a distribuição dos medicamentos segue a seguinte sequência: a unidade de saúde faz seu pedido e encaminha para a sede Distrito Sanitário que envia para a NUPLAM. A distribuição para as unidades é feita pela SMS, em transporte próprio. Alguns medicamentos são enviados para a SMS, junto ao setor responsável pela logística de insumos, uma vez que o NUPLAM não fraciona, deixando essa atribuição para esta secretaria. Mesmo após o convênio, a SMS continuou fazendo o armazenamento e distribuição dos injetáveis.

No 1º semestre de 2010 a SESAP passou a responsabilidade de aquisição e distribuição de alguns medicamentos de alto custo para SMS, anteriormente distribuída pela UNICAT, atendendo a portaria nº 2891/MS de novembro de 2009. Na fase de transição, a UNICAT repassou parte dos medicamentos existentes para a SMS, para que não houvesse descontinuidade.

## **Dispensação**

Atualmente a rede dispõe de 11 farmácias estruturadas nas maternidades, nas policlínicas, nos pronto-atendimentos e no Hospital Municipal, além de 62 dispensários de medicamentos distribuídos nas unidades básicas de saúde. Possui também dispensação para medicação de saúde mental nos próprios CAPS.

Visando atender a resolução RDC 44/ANVISA de 26 de outubro de 2010, a SMS remanejou os medicamentos, inclusive os antibióticos para as unidades que possuam profissional farmacêutico em seu quadro de lotação de pessoal.

## **Normatização**

As supervisões periódicas têm identificado a necessidade de normas regulamentadoras para os dispensários de medicamentos da rede, em função da falta de padronização na dispensação. Em função dessa dificuldade, a equipe técnica da SMS está elaborando um manual com normas e rotinas para os dispensários e farmácias das unidades de saúde.

## **Ação judicial**

A SMS atende uma alta demanda de solicitações, via ação judicial, para medicamentos e insumos de uso contínuo que não são disponibilizados na rede pública de saúde. Essas ações obrigam a entidade pública ao fornecimento desses itens necessários ao tratamento do paciente.

Considerando que a aquisição de medicamentos solicitados judicialmente não apresentava uma previsão regular, se buscou conhecer o perfil dessas solicitações em 2010 a fim de se poder avaliar e planejar algumas aquisições com antecedência. Foi constatado que a maior procura de medicamentos é para as novas insulinas lançadas no mercado e medicamentos para o tratamento de câncer e, quanto aos insumos, as maiores solicitações são para fitas para glicosímetro, lancetas, agulhas, seringas, fraldas para adultos e sondas uretrais.

Frequentemente, a SMS tem apresentado perda financeira com esses medicamentos adquiridos judicialmente em razão da devolução dos mesmos por alteração/suspensão do tratamento e também pela falta de comparecimento dos requerentes para a retirada de medicamentos solicitados.

Outro problema enfrentado se refere à falta de conhecimento das instâncias jurídicas que julgam processos de solicitações de medicamentos sobre a política nacional de medicamentos quanto às responsabilidades específicas dos gestores tripartites, determinando para a SMS Natal a obrigação de adquirir medicamentos já distribuídos pela Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP), através da UNICAT.

## **Sistema de informação**

Para o gerenciamento da assistência farmacêutica é imprescindível a informação. Um sistema de informação informatizado permite evitar a falta e/ou desperdício de medicamentos, garantir a regularidade no abastecimento e suprir as necessidades dos serviços de saúde.

A SMS ainda não possui um sistema Informatizado e a falta dessa ferramenta tem dificultado o controle e distribuição de medicamentos, bem como a sua programação.

Com vistas a qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica, o Ministério da Saúde lançou um software intitulado HÓRUS. O sistema permite o controle de estoque, rastreabilidade dos medicamentos distribuídos e dispensados, o agendamento das dispensações, o conhecimento do perfil do consumo, o acompanhamento do uso de medicamentos, entre outros. O sistema é gratuito e já houve participação de técnicos da SMS em treinamento promovido pelo órgão federal.

Foi identificada a necessidade de normatizar os serviços farmacêuticos nas unidades de saúde, para tanto, foi elaborado um documento que dispõe sobre a obrigatoriedade no cumprimento de normas e rotinas desde a solicitação de medicamentos e materiais até a dispensação do medicamento à população. O documento está sendo adaptado para contemplar as novas normas da ANVISA sobre o controle especial de medicamentos antimicrobianos.

### **11.2.6 Assistência Laboratorial**

A assistência laboratorial corresponde ao conjunto de ações que busca planejar, executar, controlar, agir e atuar corretivamente nas fases de trabalho dos laboratórios e postos de coleta. Na fase pré-analítica é realizado exame clínico, pedido de exame, preparo do paciente e obtenção da amostra. Na fase analítica é feito o procedimento de medição e na fase pós-analítica é emitido resultado e encaminhado para avaliação médica de resultado.

De acordo com o desenho atual da rede de laboratórios da SMS, ficou definido o desenho com quatro laboratórios distritais que estão em fase de reestruturação: Policlínica Asa Norte, Policlínica Cidade da Esperança, Policlínica de Neópolis, Policlínica Dr. Jose Carlos Passos, sendo este último definido como laboratório central da rede para dar suporte aos distritos.

Foram reativados/reestruturados 10 laboratórios para compor a rede: O Distrito Norte foi contemplado com a Unidade de Saúde de Pajuçara e Hospital e Maternidade Professor Dr. Leide Moraes; o Distrito Sul com a Unidade de Saúde

de Ponta Negra e Unidade Mista de Cidade Satélite; o Distrito Leste com o Hospital Municipal de Natal (Hospital dos Pescadores), Unidade de Saúde de Mãe Luiza, Policlínica Dr. José Carlos Passos; o Distrito Oeste com a Unidade Mista das Quintas, a Unidade Mista de Felipe Camarão e o Pronto Atendimento Infantil de Sandra Celeste.

Os postos de coleta estão sendo reestrurados também para completar a rede de assistência laboratorial.

Os Pronto-atendimentos, maternidades e o hospital municipal possuem laboratório próprio para os usuários em atendimento na unidade, sendo os exames realizados pelos próprios servidores da SMS.

Além desses laboratórios, a SMS contratou emergencialmente, uma prestadora de serviço para suprir a necessidade de exames da população atendida nas unidades de referência. Este contrato tem vigência até maio de 2011. Paralelamente a SMS estará nomeando uma comissão de farmacêuticos bioquímicos para elaborar as especificações do edital do processo licitatório para a aquisição de aparelhos e insumos para a rede laboratorial.

Com a contratação da empresa, a SMS passou a oferecer exames que antes não eram realizados devido à falta de equipamento, insumos e estrutura física. Entre eles: exames microbiológicos, marcadores tumorais e imunológicos, dosagens de urina de 24 horas e até exames mais complexos, como o da biologia molecular e imunogenética.

A empresa contratada iniciou suas atividades junto a SMS no segundo semestre de 2010, tendo realizado até 31 de dezembro de 2010 o quantitativo de 250.000 mil exames laboratoriais que corresponde a uma média mensal de 62.500.

Atualmente existem 159 profissionais farmacêuticos na rede de serviços da SMS. Destes, 47 foram cedidos pela SESAP e estão solicitando a devolução para sua instituição de origem. Isso significa que a SMS vai dispor de apenas 112 profissionais para serem distribuídos entre as farmácias e laboratórios da rede.

Foi identificada nas unidades laboratoriais a carência de técnicos de laboratório, digitadores de laudos, recepcionistas e farmacêuticos bioquímicos.

Além destes exames realizados na rede própria a SMS realiza outros tipos de exames laboratoriais complementares, tais como onco-hematologia, citologia oncológica e anatomia patológica na rede conveniada com o SUS, totalizando um quantitativo de 23 laboratórios credenciados.

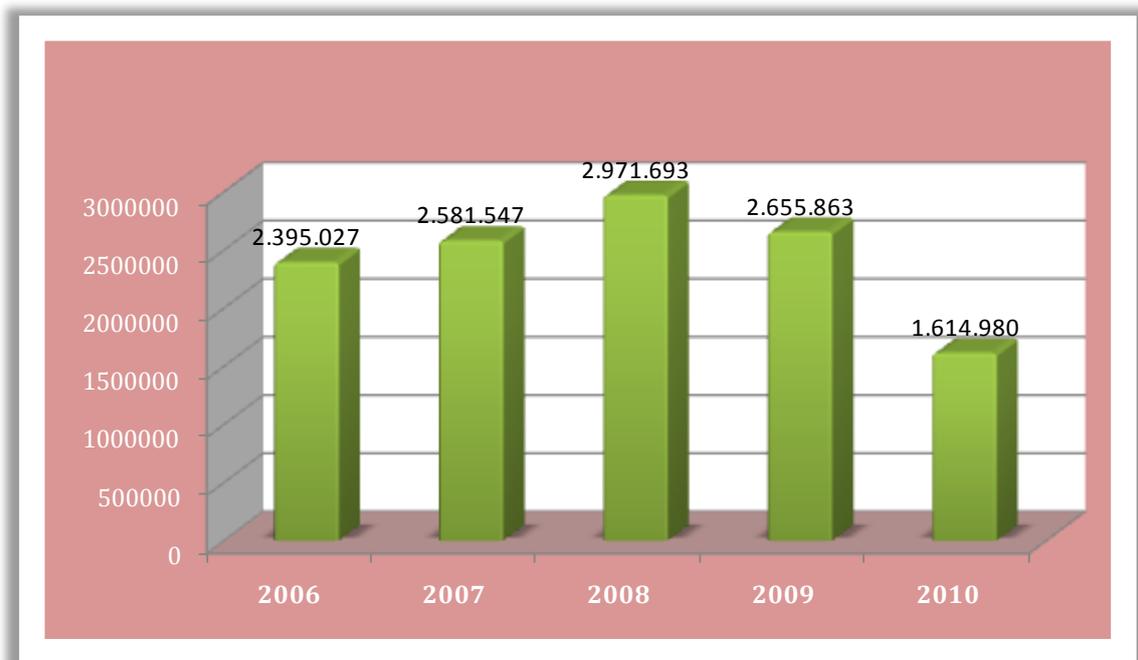
Um ponto a destacar da assistência laboratorial foi a implantação da central da triagem sorológica pela metodologia do Elisa (imuno-ensaio) que utiliza amostras de sangue humano coletados em papel filtro S&S903 para triagem de doenças infecciosas: Sífilis, Aids, Toxoplasmose, Rubéola,

Citomegalovirus e Hepatite B). As três maternidades municipais, além de todas as unidades do distrito Norte foram treinadas e realizam esta coleta.

A SMS Natal é pioneira no Brasil na implantação deste sistema na rede pública. Possui como meta ampliar esta metodologia para os demais distritos.

A SMS realizou uma média de 2.651.033 exames laboratoriais no período de 2006 a 2009. Em 2010 esta produção diminuiu para 1.614.980, ficando abaixo da média realizada nesses quatro anos. Essa redução ocorreu em função de problemas nos equipamentos de laboratório e redução de profissionais. Com a implantação do Plano de Cargos e Vencimentos da SESAP, houve uma evasão dos profissionais bioquímicos e técnicos de laboratórios para o seu órgão de origem ficando a SMS com o quadro funcional reduzido.

Gráfico 42: Quantidade de exames laboratoriais realizados pela rede própria da SMS. Natal/RN - 2006/2010



Fonte: SMS/Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)

## 11.3 Rede de serviços

A SMS possui na sua rede de serviços unidades de saúde, ambulatoriais e hospitalares, próprias e conveniadas ao SUS, prestando atendimento à população de Natal e também da demanda referenciada e pactuada na PPI.

De acordo com os dados do CNES, em 2009 havia 147 serviços de saúde cadastrados e conveniados ao SUS, sob gestão municipal. Desses, 51,7% constituíam a rede própria de serviços da SMS, 36,7% eram de prestadores da rede privada, 8,2% do estado e 3,4% da esfera federal.

### 11.3.1 Rede ambulatorial

Na rede de serviços ambulatoriais a maioria dos estabelecimentos era municipal (63,3%). A segunda maior parcela se referia aos prestadores privados, cujo percentual foi de 33,8%. Os estabelecimentos da esfera administrativa estadual (8,6%) e federal (3,6%) representaram as menores parcelas.

Tabela 26: Número de estabelecimentos ambulatoriais da rede de serviços próprios e conveniados pelo SUS, sob gestão municipal. Natal/RN-2009.

Tipo de Estabelecimento	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	0	2	0	-	2
Centro de Atenção Psicossocial	-	-	5	-	5
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	-	-	56	-	56
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	1	2	5	23	31
Hospital dia	-	-	-	1	1
Hospital Especializado	2	2	-	9	13
Hospital Geral	1	5	1	3	10
Policlínica	-	-	5	1	6
Unidade Mista	-	-	3	-	3
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1	1	-	10	12
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>88</b>	<b>47</b>	<b>139</b>

Fonte: MS, Datasus/CNES

### 11.3.2 Rede Hospitalar

A rede hospitalar contava em 2009 com 35 unidades hospitalares ofertando serviços ao SUS municipal, sendo que a maioria era constituída pelo setor privado cujo percentual em 2009 foi de 57,1%. As unidades estaduais representavam 20%, as unidades próprias municipais, 14,3% e a esfera federal contava com 8,6% da rede hospitalar.

Tabela 27: Número de unidades hospitalares da rede de serviços próprios e conveniados pelo SUS. Natal/RN-2009

Tipo de Estabelecimento	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total
Hospital Dia	-	-	-	1	1
Hospital Especializado	2	2	1	14	19
Hospital Geral	1	5	1	5	12
Unidade Mista	-	-	3	-	3
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>35</b>

Fonte: MS, Datasus/CNES

### Rede Própria hospitalar

O **Hospital Municipal de Natal**, conhecido como Hospital dos Pescadores, recentemente recebeu incremento de profissionais através de cooperativa médica e possui, na sua escala, 03 clínicos gerais e realiza uma média de 250 atendimentos diários. Possui laboratório de raio X, sala de nebulização, internamento. Pretende-se ainda em 2011 ampliar o seu atendimento em pediatria para suprir a falta desse tipo de atendimento na Zona Leste.

Natal está contemplado atualmente com 03 maternidades municipais: Hospital Municipal da Mulher e Maternidade Dr. Leide Moraes, Unidade Mista das Quintas e Unidade Mista de Felipe Camarão.

O **Hospital Municipal da Mulher Dr. Leide Moraes**, primeira unidade materno-infantil municipal na região Norte e referência em atendimento ao parto humanizado, possui 22 leitos de internação e 03 de observação. Realiza parto normal, cirúrgico e curetagem. Apresenta capacidade para realizar 300 procedimentos por mês. Cabe destacar que dos partos realizados apenas 1,3% correspondem a partos cirúrgicos.

O hospital atende toda a Zona Norte e cidades vizinhas, entre elas, São Gonçalo do Amarante, Ceará - Mirim e Extremoz.

O Hospital Maternidade Leide Moraes oferece ainda os serviços de ultrassonografia, entre urgências e eletivas, em média 350/mês e mamografia, sendo realizados aproximadamente 250/mês.

Essa maternidade possui parceria com o Hospital Dr. José Pedro Bezerra, para pasteurização de leite materno.

**A Unidade Mista Integrada de Felipe Camarão**, situada à zona oeste da cidade, possui 14 leitos com capacidade para realizar 100 partos normais/mês, procedendo à maioria, do Distrito Oeste, contando também com um número considerável do Distrito Sul, precisamente do Bairro Planalto.

A equipe médica é composta por médicos contratados pela cooperativa médica, tendo em vista a deficiência de profissionais obstetras e neonatologistas na rede municipal. Os demais profissionais da equipe pertencem ao quadro da SMS.

Essa maternidade foi pioneira em Natal em parto humanizado, tendo recebido o prêmio nacional Galba de Araújo.

**A Unidade Mista das Quintas** passou 08 anos com seu centro cirúrgico interditado por ação interposta pelo Conselho Regional de Medicina do RN (CREMERN), sendo reformado e reinaugurado em setembro de 2010.

Fisicamente, essa unidade está composta por 30 leitos. São realizados em média 140 partos normais/mês e 15 cesarianas/mês de baixo risco, totalizando assim 155 partos. A procedência dessas parturientes são de todo o município do Natal e cidades do interior, principalmente de Parnamirim, Goianinha e São José de Mipibu.

A Maternidade das Quintas possui parceria com a Maternidade Escola Januário Cicco para pasteurização de leite materno.

As Maternidades de Felipe Camarão e Quintas conquistaram junto a UNICEF, o título de HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA por ter cumprido os DEZ PASSOS para o sucesso do aleitamento materno que são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde. Além disso, a Maternidade de Felipe Camarão conquistou o prêmio GALBA DE ARAÚJO "*Pelo respeito à dignidade da mulher e a humanização do parto*".

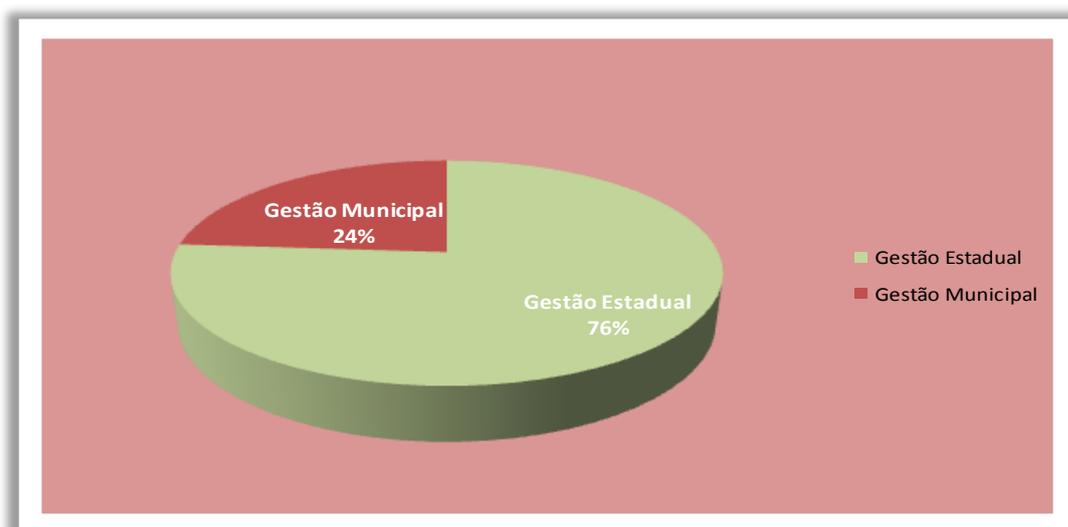
As Maternidades municipais não realizam parto de alto risco e, quando as pacientes apresentam complicações, são transferidas para a Maternidade Escola Januário Cicco ou Hospital Santa Catarina.

As maternidades também possuem o serviço de Triagem Auditiva Neonatal (Teste da Orelhinha). Entretanto, como os aparelhos da rede estão em manutenção, os exames estão sendo feitos em serviços contratualizados ao SUS.

#### 11.4 Produção Ambulatorial

A rede ambulatorial do município realizou em 2009 um total de 22.707.857 procedimentos e, considerando a produção aprovada, o custo foi de R\$ 121.162.560,83. No entanto, 76% desse valor são relativos aos procedimentos realizados nas unidades de saúde sob gestão estadual. Este fato ocorre tendo em vista que a maior parte se refere à alta complexidade ambulatorial que incorpora procedimentos mais caros e ainda estão sob Gestão Estadual, tais como quimioterapia, radioterapia, tratamento dialítico, medicamento de dispensação excepcional, dentre outros. O custo anual desse grupo de procedimentos corresponde a 67% do valor total da produção ambulatorial do município.

Gráfico 43: Percentual do custo dos procedimentos ambulatoriais realizados no município, segundo gestão. Natal/RN-2009



Fonte: MS, Datasus/SIA

A oferta de serviços oferecidos na rede ambulatorial sob gestão municipal tem crescido nos últimos anos. No período 2000 a 2009, houve um incremento de 73,4% no número de procedimentos realizados no município chegando a um total de 12.758.927 nesse último ano. Num ritmo ainda maior cresceu o valor anual dos procedimentos, quando em 2000 apresentava um custo R\$15.022.200,21 e chegou em 2009 com valor anual de R\$28.883.919,17. É importante ressaltar que esses valores correspondem a toda demanda realizada em Natal, inclusive aqueles que não residem no município. O sistema não registra a origem do paciente e dessa forma não é possível a realização de um estudo somente com a população de Natal.

Gráfico 44: Número de procedimentos (gestão municipal) realizados no município. Natal/RN-2000/2009.



Fonte: MS, Datasus/SIA

Um percentual de 43,6% do valor da produção corresponde aos procedimentos com finalidade diagnóstica, incluídos exames de laboratórios clínicos, ultrassonografia, endoscopia, entre outros. A outra grande parcela (47,1%) se refere aos procedimentos clínicos: consultas, fisioterapia, tratamento odontológico, terapias, e demais ações do gênero. A tabela com os valores detalhados se encontra no Apêndice desse documento.

Na atenção básica, observa-se que a cobertura de consultas médicas básicas vem decrescendo, tendo passado de 2,3 em 2002 para 1,3 consultas por habitante ano em 2009, estando abaixo do parâmetro da portaria ministerial nº 1.101/2002.

## 11.5 Vigilância em Saúde

No eixo da vigilância, as linhas prioritárias são: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária, Controle de Zoonoses, Política de Promoção à Saúde e Saúde do trabalhador. 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 às demais áreas de atuação do sistema de saúde. Para tanto, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica foram implantadas ainda no final dos anos 80.

Por se tratar de um município com um forte aporte turístico, a vigilância desenvolve um trabalho contínuo de fiscalização e orientação dos prestadores dos setores de serviços e alimentação. Também se mantém atenta quanto ao acompanhamento dos agravos de importância à saúde pública.

### 11.5.1 Vigilância Epidemiológica

No campo da **Vigilância Epidemiológica**, o maior desafio é a ampliação do campo de atuação, incorporando a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, de modo a superar o processo inicial de trabalho restrito às doenças e agravos transmissíveis de notificação compulsória. Para tanto, se faz necessária a estruturação de uma nova vigilância, que incorpore novos profissionais, e que seja revista a estrutura organizacional hoje existente, de modo a contemplar uma atuação mais integrada entre os diversos setores da saúde.

Uma importante diretriz desta área é a ampliação da jornada da URR - Unidade de Respostas Rápidas às Emergências Epidemiológicas - uma vez que já funciona em regime de 12h, mas necessita ser ampliada para funcionar 24h. Esse tipo de prestação de serviço tem como finalidade alertar imediatamente o município 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 como o sarampo, e emergentes como a gripe aviária.

### **11.5.2 Vigilância Ambiental**

A Vigilância Ambiental trabalha com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle de riscos ambientais relacionados às doenças. Estas ações estão definidas em três programas técnicos: VIGIÁGUA, VIGIPEQ E VIGIDESASTRES.

Se faz necessário a implementação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIÁGUA, com a realização de cadastros de todas as fontes de abastecimento de água, com enfoque nas soluções alternativas coletivas (poços particulares, cacimbões, carros pipas), realizando o monitoramento da qualidade da água em todas estas fontes de abastecimento.

O Programa VIGIPEQ reúne as áreas técnicas conhecidas como VIGISOLO e VIGIAR implantados no município. As ações de vigilância de solos contaminados requerem o monitoramento e cadastramento contínuo de áreas suscetíveis à contaminação do solo, tais como sucatas, cemitérios, horticulturas, postos de combustível, curtumes, lixões, entre outros.

No que concerne à Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar estamos participando do Projeto de Pesquisa “Relações entre poluição atmosférica e saúde humana: uma proposta de estudo no município de Natal, Rio Grande do Norte”, desenvolvido em parceria com a Vigilância Ambiental do Estado do RN.

A ampliação das ações de Vigilância em Saúde Ambiental para desastres de origem natural objetiva conscientizar toda a rede de saúde do município para a efetuação de parcerias inter e intra-setoriais para o desenvolvimento de projetos em áreas prioritárias, ou seja, locais sujeitos a alagamento, enchentes e deslizamento de terra.

### **11.5.3 Vigilância Sanitária**

As ações de Vigilância Sanitária foram implantadas no final dos anos 80 e atualmente o grande desafio é sua inserção como ação básica de saúde, essencial para todo o cidadão e para a coletividade, objetivando a formação de uma consciência sanitária que identifique os riscos potenciais aos quais a sociedade está submetida no consumo e uso de bens, serviços e produtos e na convivência no seu ambiente de trabalho e de vida.

A Vigilância Sanitária está organizada em núcleos técnicos abrangendo as áreas de Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador, Medicamentos, Alimentos, Serviços de Saúde, Educação e Comunicação e o Serviço de Plantão. Este último serviço é o responsável pelo recebimento e o atendimento ou encaminhamento de denúncias e solicitações da população referentes aos produtos e serviços sob

regime da vigilância sanitária. Compete a esse serviço inspecionar e licenciar os estabelecimentos situados no cinturão turístico da cidade, inspecionar e licenciar os estabelecimentos que funcionam em horário diversos ao comercial e aqueles situados em shopping centers, atender as demandas do Ministério Público que envolvem alimentos e meio ambiente. Para o contato com a população existe o Disque-denúncia através do número 0800 281 4031.

Conta também com uma Assessoria Jurídica que atua na função de análise de processos, elaboração de pareceres e atuação nas demais questões jurídicas em que a Vigilância Sanitária esteja envolvida.

No Setor de Protocolo da Vigilância Sanitária, anualmente, tem-se o registro de entrada de uma média de dois mil estabelecimentos para formulação de processos de emissão de alvará. Mais de três mil alvarás sanitários são liberados por ano, já que estão incluídos processos que são requeridos em anos anteriores. Dentre os outros registros e demandas do Protocolo tem-se: abertura, conferência e encerramento de livros (prática necessária para as academias e farmácias que lidam com psicotrópicos e injetáveis), solicitações de alteração de endereço, ingressos e baixas de Responsabilidade Técnica, baixas de estabelecimento, instauração de processos administrativos, solicitação de Análises de Projetos. Observa-se assim, a grande demanda burocrática que o Setor de Vigilância Sanitária se depara em decorrências de suas ações.

Outro conjunto de ações se refere ao controle sanitário exercido por meio de inspeção sanitária, monitoramento da qualidade de produtos, investigação de surtos e controle de doenças cujos fatores determinantes estejam em seu campo de atuação.

Dos estabelecimentos inspecionados pela Vigilância Sanitária, 38% desses pertence a da área de alimentos, 33% são provenientes de serviços de saúde, 17% da área de medicamentos e 12% da área de saúde ambiental.

O Serviço de Vigilância Sanitária recebe, aproximadamente, 3.500 denúncias sendo 41,3% da área de meio ambiente, mais especificamente relacionadas aos problemas de saneamento básico existentes em Natal. A baixa cobertura de rede coletora de esgotos é uma condição que favorece a prática de ligações clandestinas de águas residuárias para a rua, em especial aquelas decorrentes de lavagem de pratos, roupas e do banho. Em segundo lugar estão as denúncias e solicitações relativas ao controle do dengue com 38,5% dos registros, sendo que os problemas mais evidenciados estão relacionados a suspeita de focos em residências e terrenos baldios.

Uma das prioridades da Vigilância Sanitária diz respeito ao cumprimento das ações pactuadas, advindas do Pacto pela Saúde, a partir da PAVS - Programação de Ações em Vigilância à Saúde - que requer: Inspeccionar os serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e de mama;

inspecionar os serviços hospitalares – Maternidade e UTI Neonatal, inspecionar serviços de hemoterapia, diálise e nefrologia, e inspecionar Serviços de Alimentação.

#### **11.5.4 Vigilância à Saúde do Trabalhador**

A **Vigilância em Saúde do Trabalhador** é um conjunto de práticas sanitárias articuladas cuja especificidade centra-se na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho. A atuação em Saúde do Trabalhador é parte integrante das ações da Vigilância Sanitária na SMS. A partir do conhecimento de uma ocorrência epidemiologicamente relevante, inspeções nos respectivos ambientes de trabalho são iniciadas tendo dois focos principais: verificar a situação do trabalhador vítima do agravo notificado, atentando para a preservação dos seus direitos individuais, e a efetiva intervenção no ambiente de trabalho, mediante a eliminação ou controle dos riscos mais relevantes, priorizando sempre as proteções de natureza coletiva, de modo a interromper a cadeia causal de situações semelhantes à notificada.

#### **11.5.5 Controle de zoonoses e agravos determinados por animais**

As ações de controle de zoonoses foram iniciadas no município a partir da criação da Secretaria Municipal de Saúde, em 1986, sendo o Centro de Controle de Zoonoses a primeira unidade de saúde a ser municipalizada naquele ano. As atividades desta área assumem grande relevância frente à necessidade de controle e de prevenção das doenças e agravos transmissíveis por animais aos seres humanos.

Atualmente, o CCZ NATAL desenvolve suas ações tendo como objetivos dirigir, supervisionar e avaliar as atividades técnico-administrativas relacionadas às zoonoses e/ou aos agravos ocasionados por animais, através de Programas de Controle da Raiva, de Controle das Leishmanioses, de Controle da Esquistossomose, de Controle de Roedores, de Controle dos Vetores, de Controle de Animais Peçonhentos, de Controle do Caramujo Africano, do Programa de Educação e Comunicação em Saúde e do Programa Municipal de Controle do Dengue.

Haja vista a origem e a propagação de diversas doenças, tendo como vetores os animais, vale destacar que o CCZ precisa ser dotado das condições necessárias para assegurar o desenvolvimento das ações de controle e prevenção dessas enfermidades, através da ampliação e adequação da estrutura física de suas instalações, da ampliação da capacidade operacional e técnica, de modo que o serviço de saúde pública prestado por essa instituição seja eficaz na redução dos índices da casuística das zoonoses (e de agravos promovidos por animais) no Município do Natal.

# 12. GESTÃO EM SAÚDE



## 12 GESTÃO EM SAÚDE

### 12.1 Estrutura Organizacional da Gestão do Sistema Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal foi criada pela Lei nº 3.394 de 21 de janeiro de 1986, que passou por sucessivas alterações normativas. Atualmente se encontra regida pelas Leis Complementares nº 108 e 109 de 24 de junho de 2009 e regulamentada pelos Decretos nº 8.778 de 02 de julho de 2009 e 9.190 de 31 de agosto de 2010.

Em se tratando das atribuições e competências, têm-se como base legal o que rege a Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 a 200, apoiando-se ainda no que dispõe a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, com foco nos artigos 9º, 15 e 18.

Consoante com esses diplomas legais, também cabe citar o Código Sanitário de Natal promulgado na Lei nº 166 de 15 de setembro de 1999 que em seu Título II, trata da organização, gestão, natureza e finalidade do Sistema Municipal de Saúde, delineando os seus compromissos gerais nos artigos 4º ao 7º.

“Art. 7º - Ao município através do gestor do SUS, compete:

I - planejar, organizar, gerir, executar, controlar e avaliar as ações dos serviços de saúde em articulação com a direção estadual;

II - organizar e definir as atribuições e competências dos serviços, das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico, saúde do trabalhador, da mulher e do idoso e controle de zoonose, bem como promover sua implantação, coordenação e fiscalização de acordo com a legislação sanitária vigente e respeitando as atribuições legais da Conferência e do Conselho Municipal de Saúde.

III - em cooperação com os demais órgãos governamentais realizar ações de fiscalização e controle para proteção, preservação, recuperação e uso racional

IV - do ambiente propício a vida, com eliminação ou diminuição dos riscos e agravos à saúde coletiva ou individual.

V- através do Plano Municipal de Saúde, administrar os recursos financeiros e orçamentários, destinados a cada ano com fiscalização efetiva do Conselho Municipal de Saúde.

VI - garantir amplo acesso da população às informações, através dos meios de comunicação de massa e alternativos, a partir da implantação do plano de informação e comunicação em Saúde, ou previamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde;

VII - elaborar, divulgar, atualizar e submeter ao Conselho Municipal de Saúde, periodicamente, o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão.”

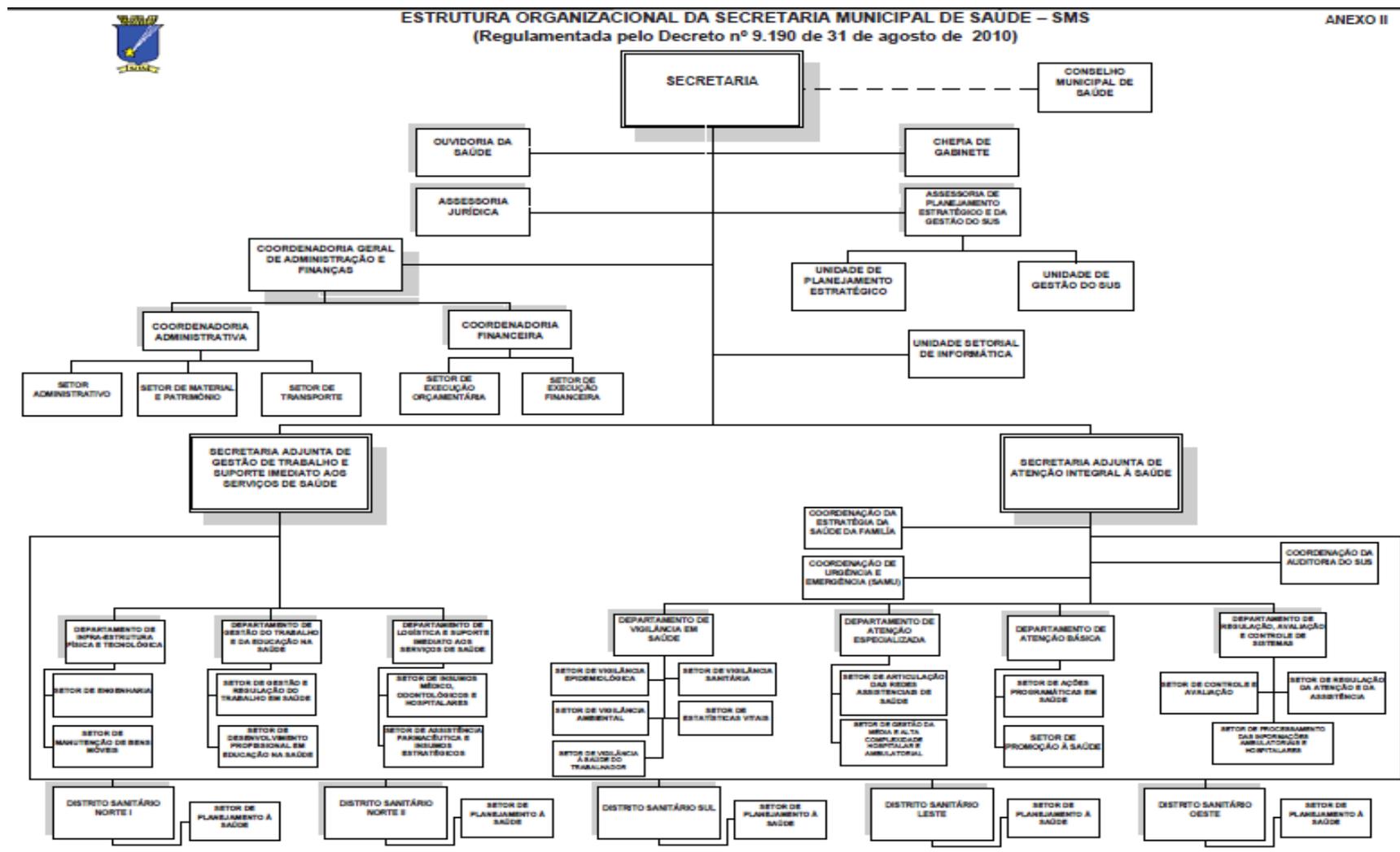
É importante ressaltar que a atual Política de Saúde, no âmbito nacional, norteada pelas Portarias Ministeriais GM/MS nº 399 e 699/2006, traz o Pacto pela Saúde como esforço solidário entre os entes federados na perspectiva de alcançar o que foi propugnado na Carta Magna e legislação infraconstitucional. Para tanto, a consagração desse pacto se dá a partir da celebração e cumprimento dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) que ensejam que cada espaço de gestão assuma a responsabilidade plena com as necessidades de saúde de seus concidadãos.

Assim, a SMS criada sob a égide do Movimento de Reforma Sanitária, imbuída das lutas pela redemocratização e reorientação de Modelo de Atenção à Saúde, evoluiu em sua composição estrutural, alinhando o seu Modelo de Gestão aos contínuos avanços experimentados pelo Setor no País, buscando adequação às Normas Operacionais que regularam o SUS ao longo das duas últimas décadas, culminando com a assunção de responsabilidade de Gestão Plena.

Considerando o organograma vigente, visualiza-se que o Sistema Municipal de Saúde está calcado no desenvolvimento da atenção integral, articulando ações de promoção, proteção e recuperação, envolvendo os níveis hierárquicos da atenção básica e especializada (Média e Alta Complexidade), tanto ambulatorial quanto hospitalar.

Percebe-se a atuação por eixos, sendo Atenção Integral e Gestão dos Recursos articuladas com a finalidade de dar concretude à proposta desenvolvida com o intuito de fazer funcionar o sistema de saúde, observando a característica básica de que sendo a capital do Estado adensa o maior e mais qualificado potencial tecnológico do Estado, o que torna imperiosa a prestação de atendimento à população própria e oriunda de outros municípios, em decorrência do processo de pactuação intergestores.

A descentralização das práticas de atenção e de gestão tem sua marca na organização dos serviços e das ações pelos Distritos Sanitários – Norte I e II, Sul, Leste e Oeste, sendo responsáveis pela condução da política de saúde junto aos estabelecimentos e unidades assistenciais presentes em seu território de responsabilidade.



## 12.2 Financiamento do SUS em Natal

Outro importante instrumento da gestão do SUS é o Fundo Municipal de Saúde – FMS, criado pela Lei nº 4.006 de 22 de julho de 1991, passando por alterações decorrentes da atualização na política de financiamento, consubstanciada nas transformações ocorridas na Política Nacional de Saúde, e ainda, no contexto das conquistas e avanços na gestão pública. A atualização mais recente diz respeito ao cadastramento do FMS como personalidade jurídica à luz do que preconiza a Instrução Normativa da Receita Federal Brasileira nº 1005 de 08 de fevereiro de 2010.

Assim, todos os recursos aplicados no setor são coordenados via FMS, conta especial atribuída única e exclusivamente para movimentação transparente de numerários no SUS. A gestão dos recursos financeiros se dá mediante execução das receitas e despesas do Sistema Municipal de Saúde, via FMS, criado com a finalidade de agregar os montantes destinados ao setor. Integram esse fundo as fontes de recursos: ordinários do tesouro municipal (recursos próprios), transferências do SUS (federal e estadual) e repasses via modalidade convencional, em especial.

Os recursos próprios oriundos de receitas de impostos e outros encargos a que o governo municipal faz jus compõem a base de cálculo para cumprimento do preceito constitucional consagrado pela EC 29/2000, clarificado nos termos do art. 77, § 3º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, sendo normatizado suplementarmente pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução CNS nº 322/2003.

As fontes transferidas de outras esferas de governo têm nos repasses regulares e automáticos do Fundo Nacional de Saúde o seu encaixe mais significativo, uma vez que, trata-se dos valores que frequentemente custeiam o sistema no nível local. A regra geral para uso desses montantes está definida no Pacto pela Saúde, regulamentado nas Portarias GM/MS nº 399, 698 e 699/2006, e ainda, especialmente no tocante ao financiamento, normatizado na Portaria GM/MS nº 204/2007 e outros atos decorrentes de atualização dessas normas.

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

Em relação às outras remessas intergovernamentais, os repasses de convênio representam valores mínimos no cômputo geral dos montantes auferidos.

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

O comportamento dos montantes dirigidos à Política Municipal de Saúde pode ser analisado em função dos indicadores disponibilizados pelo Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, comparando-se os anos 2000 a 2009, considerando que a partir de 2000 até 2004 foi deflagrado o processo de ajustamento ao que preconiza a Emenda Constitucional nº 29, escalonando o alcance do percentual mínimo por esfera administrativa, no caso do município, culminando, para o ano de 2004, com a obrigatoriedade de aplicação mínima dos 15% dos seus recursos próprios.

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

Boa parte dos recursos financeiros transferidos tem a base populacional como parâmetro para cálculo dos valores de referência de cada ente federado. Fazem parte dessa metodologia desde o custeio pelo Piso da Atenção Básica (PAB), passando pela estimativa dos montantes para a o Piso Fixo da Vigilância em Saúde, além das transferências para a Assistência Farmacêutica Básica e Média e Alta complexidade. Considerando que a base populacional é um elemento-chave na adoção desse critério, verifica-se que o crescimento desse contingente foi da ordem de 13,18%, analisando-se o período em questão, tendo como referencial os dados do Censo e Estimativas do IBGE (2000 a 2009).

Focalizando em primeira análise as receitas no período para compreensão do financiamento do setor, tem-se que as receitas de impostos e de transferências constitucionais e legais ao município sofreram um acréscimo de 205,68% (2000 a 2009) com maior destaque para o crescimento a partir do ano de 2003, seguindo uma tendência sempre crescente, apesar de variação negativa no último ano da série histórica.

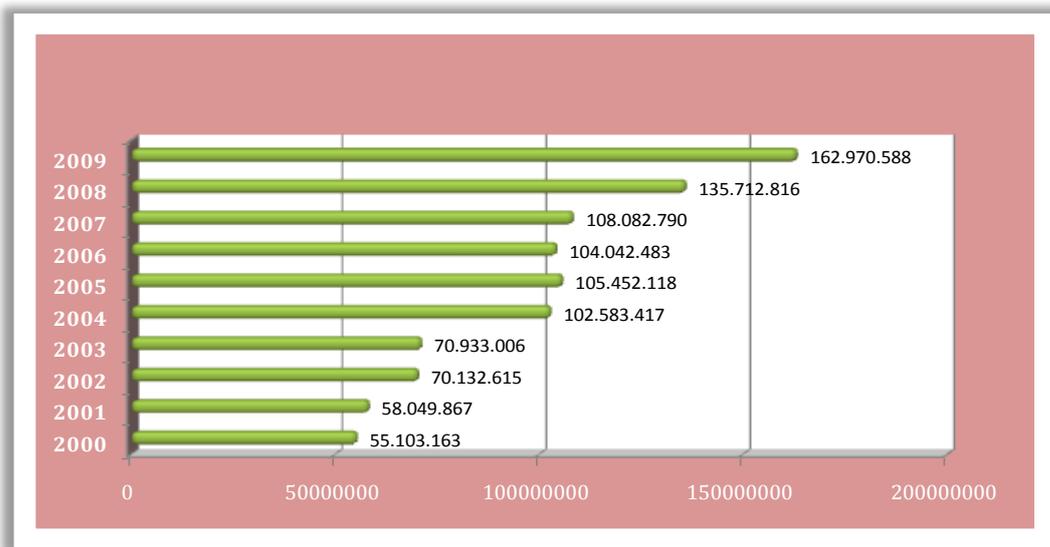
Gráfico 45: Receitas, em reais (R\$), de Impostos e de transferências constitucionais por ano. Natal/RN - 2000/ 2009.



Fonte: MS/Datasus

As transferências do SUS advindas do Nível Federal também sofreram elevação significativa considerando sua majoração em 195,76% no período em estudo.

Gráfico 46: Recursos, em reais (R\$), transferidos do SUS por ano. Natal/RN - 2000/2009



Fonte: MS/Datasus

Também cabe outra via de análise, quando analisada a participação per capita dessas transferências da esfera federal, sendo perceptível o avanço nesse sentido, variando positivamente em 161,31%, saindo de R\$ 77,36 (2000) para R\$ 202,15 (2009) por habitante.

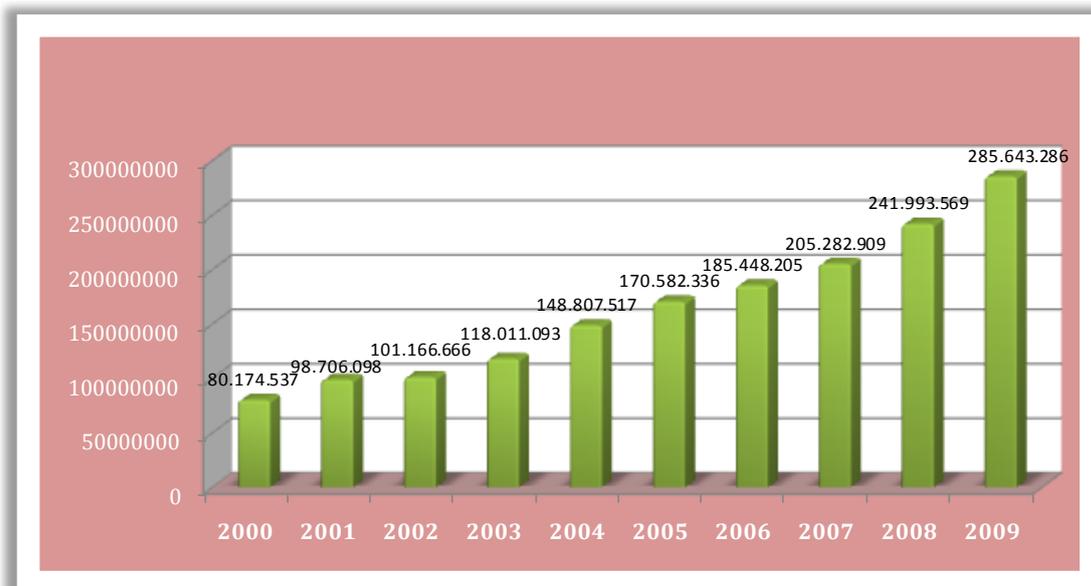
Gráfico 47: Recursos, em reais (R\$), transferidos do SUS por habitante por ano. Natal/RN-2000 a 2009.



Fonte: MS/Datasus

Em se tratando das despesas em saúde, os montantes totais foram incrementados em consideráveis 256,28% entre 2000 a 2009, passando de R\$ 80.174.537,15 para R\$ 285.643.286,28.

Gráfico 48: Despesa total, em reais (R\$), com saúde por ano. Natal/RN – 2000/2009



Fonte: MS/Datasus

A análise per capita mostra que despesa total por habitante sofreu uma elevação de 214,80%, apresentando oscilação de valores com tendência crescente.

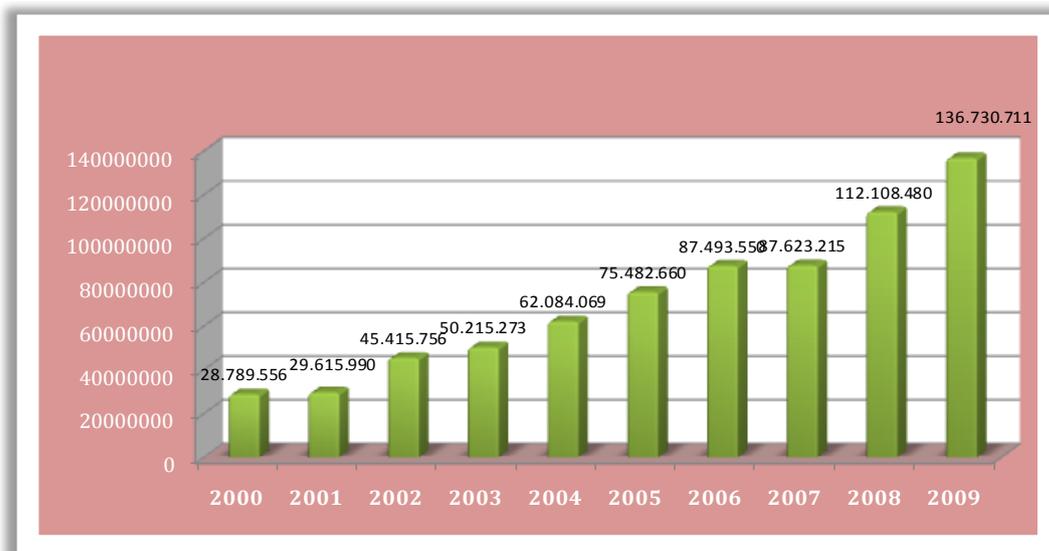
Gráfico 49: Despesa total, em reais (R\$), com saúde por habitante por ano. Natal/RN - 2000/2009



Fonte: MS/Datasus

Com relação às despesas com pessoal, elevadas em significativos 374,93% no período, analisando-se proporcionalmente esses gastos com o conjunto dos dispêndios efetuados, denota-se assim, a coerente preocupação dos gestores públicos em configurar um cenário favorável para a transformação das práticas sanitárias no âmbito local, investindo na força de trabalho.

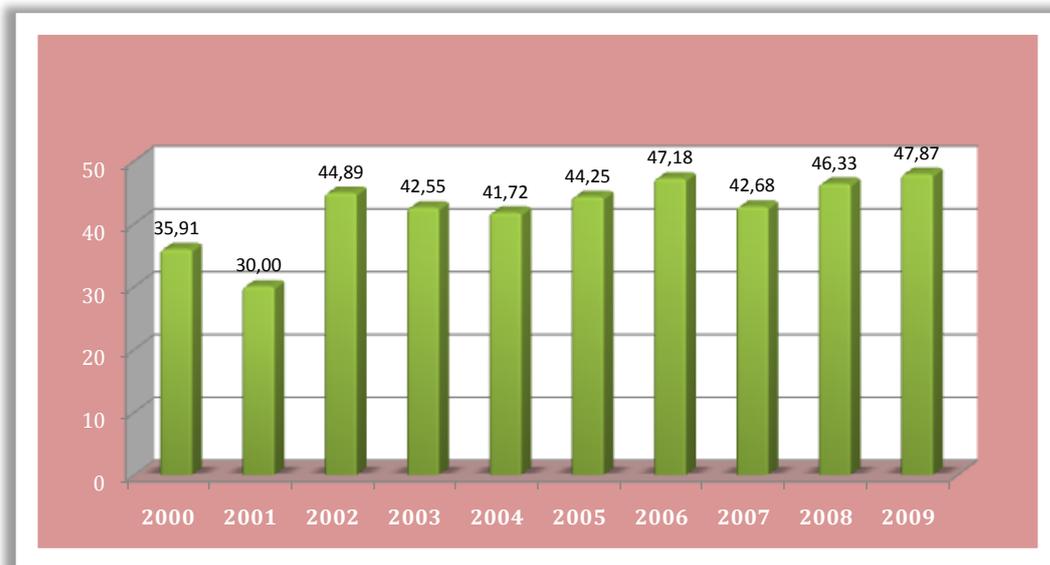
Gráfico 50: Despesas, em reais (R\$), com pessoal por ano. Natal/RN - 2000/2009



Fonte: MS/Datasus

Quando analisada a participação proporcional dessas despesas em relação ao total dos gastos no período, verifica-se que cresceram 33,91% entre os anos em estudo.

Gráfico 51: Percentual da despesa com pessoal em Relação à despesa total por ano. Natal / RN - 2000 a 2009



Fonte: MS/DATASUS

Entretanto, preocupa a situação dos investimentos em saúde que apresentam oscilação com tendência de decréscimo nos últimos anos do período em questão. Cabe analisar as dificuldades de aplicar recursos em despesas de capital, uma vez que, em sua maioria, os repasses do SUS compõem gastos elegíveis com custeio das ações, dispêndios com franca elevação conforme análise aqui apresentada.

Gráfico 52: Percentual da despesa com investimento em relação à despesa total por ano. Natal/RN - 2000/2009.



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

A análise que segue diz respeito ao cumprimento das prerrogativas legais para a aplicação de recursos próprios no setor. Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, despesas com ações e serviços públicos de Saúde (ASPS) são aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos.

As despesas efetuadas com recursos próprios, conforme prevê a EC 29/2000 apresentam uma elevação gradual desde 2000 até o ano de 2009, apurando um patamar de 58,23% de crescimento quando computado todo o período da série histórica em estudo.

Gráfico 53: Percentual de recursos próprios em saúde - EC 29, por ano. Natal/RN-2000/2009



Fonte: MS/DATASUS

Desde o ano de 2004, com o imperativo constitucional, o comprometimento mínimo das receitas municipais deve estar em pelo menos 15%, sendo em Natal esse condicionante plenamente atendido, até alcançar 19,62% no último exercício.

Dessa forma, os compromissos da Gestão Municipal devem estar pautados na manutenção dessa conduta de relevância para medidas que apontem para a qualificação de todas as ações do Sistema de Saúde, com o desafio constante de construir planos, projetos e propostas que estejam consubstanciadas nos anseios

emanados da sociedade e com escopo nas recomendações e pactuações efetuadas com os outros níveis de gestão do SUS.

### **12.3 Gestão de Pessoas**

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal tem investido na política de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde que contempla: Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV); vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, como a mesa de negociação permanente; concurso público; desenvolvimento e modernização da atuação gerencial.

No que se refere ao desenvolvimento profissional e educação na Saúde, a SMS tem empreendido esforços visando contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde e os processos voltados à formação profissional e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde.

Em julho de 2005 foi elaborada uma proposta da política municipal com perspectivas para a educação em saúde como instrumento de gestão, cuja essência deve incorporar a horizontalidade das práticas, a transversalidade e a escuta a partir das rodas de conversa, uma metodologia problematizadora dos modelos de atenção à realidade local e da gestão de serviços.

Através da política de estágio curricular supervisionado, a SMS fomenta a integração ensino-serviço, mediante convênios com instituições formadoras de profissionais em área de interesse da saúde, disponibilizando 150 vagas de estágio.

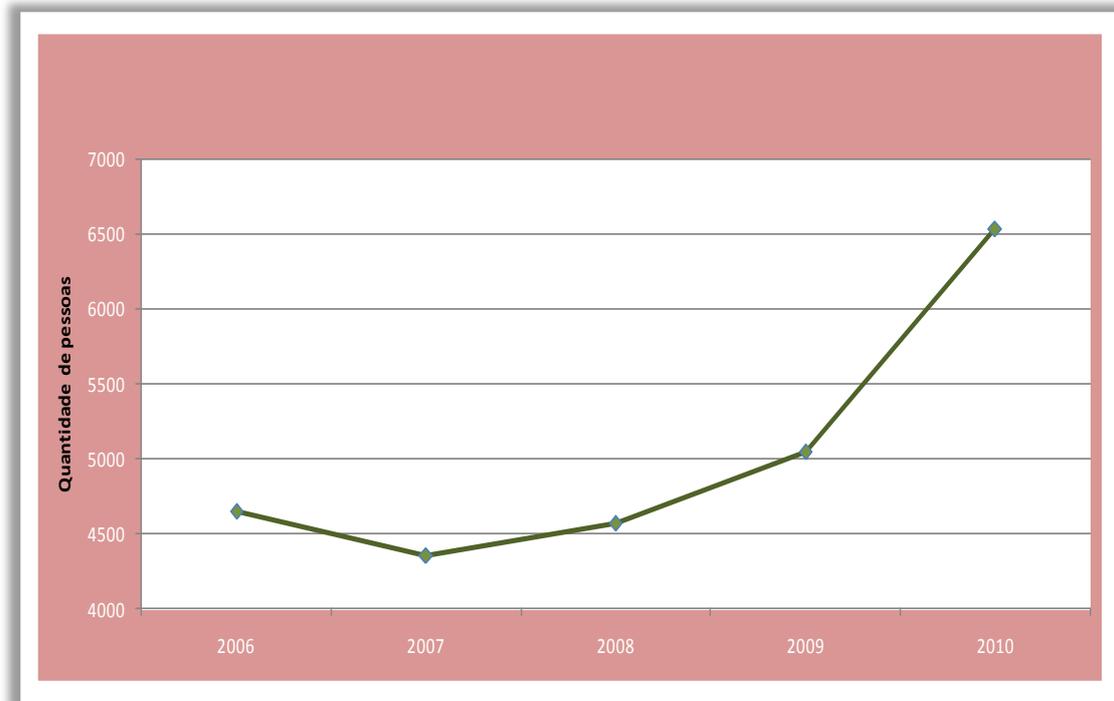
A força de trabalho da SMS conta com aproximadamente 6.500 servidores e destes 29% são de outros órgãos e estão à disposição da SMS. Os mais frequentes são os auxiliares de saúde, auxiliares de serviços gerais, odontólogos, assistentes técnicos em saúde e médicos.

Os médicos totalizam 666, dando uma cobertura de 0,83 para cada 1.000 habitantes. A cobertura de enfermeiros por 1.000 habitantes é de 0,46 e a de dentista 0,36.

Das metas previstas para o quadriênio 2006/2009 foram alcançadas em sua totalidade a realização do censo do servidor que propiciou a elaboração de diagnósticos situacionais da força de trabalho, além da realização de 02 concursos públicos (2006 e 2008), destacando ainda a revisão do plano de carreira, cargos e salários dos servidores da saúde (2008).

No período de 2006 a 2010, houve um incremento de 40,4% na força de trabalho da SMS, crescimento esse, claramente visualizado no gráfico a seguir.

Gráfico 54: Série histórica da Força de trabalho da SMS. Natal/RN-2006/2010



Fonte: SMS/Base de dados da folha de pagamento. Data de elaboração: 26/11/2010

Tabela 28: Série histórica da Força de trabalho da SMS. Natal/RN-2006-2010

ANO	Quantidade
2006	4650
2007	4350
2008	4569
2009	5042
2010	6530

Fonte: SMS/ Base de dados da folha de pagamento. Data de elaboração: 26/11/2010

Quadro 2: Força de trabalho da SMS. Natal/RN. 2010

CATEGORIA	Quantidade
Grupo de auxiliar de serviços gerais (GASG)	707
Grupo de nível médio (GNM)	1074
Grupo de nível superior (GNS)	1409
<b>CONTRATOS TEMPORÁRIOS</b>	<b>104</b>
Médicos	104
<b>SERVIÇOS PRESTADOS</b>	<b>59</b>
Agentes Comunitários de saúde	59
<b>OUTROS</b>	<b>1228</b>
Agentes Comunitários de saúde	670
Agente de combate às endemias	431
Estagiários	119
Outros	8
<b>COMISSIONADOS</b>	<b>64</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4645</b>
<b>A DISPOSIÇÃO DA SMS</b>	<b>1885</b>
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>6530</b>
<b>CEDIDOS A OUTRAS INSTITUIÇÕES</b>	<b>15</b>

Fonte: SMS/ Base de dados da folha de pagamento. Data de elaboração: 26/11/2010

O aumento da folha de pagamento é consequência do aumento de pessoal, visto na tabela 29. Os valores investidos na força de trabalho aumentaram em 45,9%, passando de R\$ 83.514.230,14 em 2006 para R\$ 121.844.046,83 em 2009, conforme dados da tabela 30.

Tabela 29: Recursos investidos na força de trabalho da SMS. Natal/RN

ANO	Quantidade (R\$)
2006	83.514.230,14
2007	91.923.748,61
2008	104.531.407,38
2009	121.844.046,83

Fonte: Base de dados da folha de pagamento. Data de elaboração: 17/11/2010

## 12.4 Controle Social do SUS

Em se tratando do controle social do SUS, prerrogativa assinalada na legislação de base do sistema desde o texto constitucional (art. 198) e Lei Orgânica da Saúde (art. 7º) e Lei nº 8.142/90, têm-se no Conselho Municipal de Saúde o seu órgão máximo de deliberação, criado pela Lei nº 3.398 de 04 de fevereiro de 1986, sofrendo posterior alteração pela Lei nº 4.007, de 22 de julho de 1991. A evolução do processo de gestão participativa do SUS vem provocando contínuos ajustamentos na estrutura normativa e funcional dos conselhos, sendo o mais recente ditado pela Resolução nº 333 de 04 de novembro de 2003, emanada do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivando adaptar a estrutura do CMS, foi promulgada a Lei nº 5.582 de 09 de agosto de 2004, promovendo alterações na composição na dinâmica de escolha da presidência do colegiado, assinalando:

“Art. 1º - O art. 3º da Lei nº 4.007, de 22 de julho de 1991, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 3º - O Conselho Municipal de Saúde – CMS tem a seguinte composição:

I – da representação governamental:

a) 02 (dois) representantes do Governo Municipal, sendo um do nível central da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, e outro dos 04 (quatro) Distritos Sanitários do Município, observando nesse caso, o critério de revezamento entre eles;

b) 01 (um) representante do Governo Estadual da Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP;

c) 01 (um) representante do Governo Federal, a ser indicado pelo Ministério da Saúde;

d) 01 (um) representante da Câmara Municipal do Natal.

II – da representação dos prestadores de serviço:

a) 01 (um) representante da Associação dos Hospitais do Rio Grande do Norte – AHORN.

III – da representação dos profissionais de saúde:

a) 02 (dois) representantes do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado do Rio Grande do Norte – SINDSAÚDE;

b) 01 (um) representante do Sindicatos dos Médicos do Estado do Rio Grande do Norte – SINMED;

c) 01 (um) representante do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Natal – SINSENAT;

d) 01 (um) representante dos Sindicatos das demais categorias da saúde, devendo haver um revezamento periódico entre esses.

IV – da representação dos usuários:

- a) 04 (quatro) representantes do movimento comunitário organizado, sendo 01 (um) de cada distrito sanitário;
- b) 01 (um) representante das centrais sindicais;
- c) 01 (um) representante do Centro de Defesa do Consumidor;
- d) 01 (um) representante de entidades pertinentes aos portadores de necessidade especiais;
- e) 01 (um) representante de entidades pertinentes aos portadores de patologia crônica;
- f) 01 (um) representante dos movimentos de lutas pelos direitos humanos;
- g) 01 (um) representante das organizações não governamentais que atuam na área de prevenção e tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida."

Art. 2º - Fica acrescentado ao art. 3º da Lei nº 4.007, de 22 de julho de 1991, um parágrafo único, com a seguinte redação:

'Parágrafo Único - O Conselho Municipal de Saúde é presidido por um dos seus membros, escolhidos mediante eleição, através do voto direto e secreto, por maioria simples, exigido o comparecimento da maioria absoluta de seus integrantes em primeira reunião e em caso de falta de quorum, convocar uma nova reunião onde prevalecerá a maioria simples dos presentes.'

Art. 3º - Esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário."

O CMS Natal tem buscado cumprir sua agenda de discussões e deliberações mediante realização de sessões plenárias ordinárias mensais, como também, quando necessário, promove encontros extraordinários objetivando complementar as pautas que afluem ao seu espaço de atuação. Para o pronunciamento oficial de suas decisões, expede resoluções que seguem para homologação do dirigente municipal, conforme apregoa a legislação vigente.

O município também tem se pautado pelo que preconiza a Lei nº 8.142/1990, no tocante à realização dos fóruns ampliados de discussão tipificados nas Conferências de Saúde, ressalte-se que em 2007 foi realizada a V Conferência Municipal, cujas diretrizes se encontram delineadas no corpo deste documento.

Além desses fóruns, ainda foram realizadas conferências temáticas como: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Ciência e Tecnologia, Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador, Saúde Bucal e Saúde Mental, dentre outras, realizadas ao longo das últimas duas décadas.

O Sistema Municipal de Ouvidoria do SUS, em processo de implantação, é outro canal privilegiado de comunicação entre a sociedade e o Poder Público visando o acolhimento às demandas oriundas das mais diversas naturezas atinentes à prestação dos serviços públicos de saúde em Natal. Possui interface

com a Ouvidoria Geral do Município e com o Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS vinculado ao Ministério da Saúde.

Possui como papel fundamental o que determina o diploma legal de sua criação:

Art. 2º - A Ouvidoria Municipal do Sistema Único de Saúde tem como papel principal dialogar com a população, buscando atendê-la em suas manifestações quanto ao Sistema Único de Saúde do Município para efetivação dos seus princípios e diretrizes, constituindo-se em um canal articulador entre o gestor e o controle social, tendo como estratégia a gestão participativa e o exercício da cidadania. (Lei nº 6019/2009).

É importante considerar que a Ouvidoria é um dos componentes do poliedro que estrutura a atual Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, a cargo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, estando associada com outros elementos-chave como: Controle Social, Auditoria do SUS e Monitoramento e Avaliação (M&A) das ações do Sistema.

De acordo com a Política Nacional de Saúde atualmente em vigor, o Pacto pela Saúde, em sua dimensão do Pacto em Defesa do SUS, preconiza a promoção da cidadania, o fortalecimento ao movimento popular como recurso à repolitização do SUS e as garantias do financiamento equânime de acordo com as necessidades do sistema.

No Termo de Compromisso de Gestão Municipal, peça chave para acompanhamento da efetivação das três dimensões do Pacto, o eixo específico para a Gestão Participativa, figura com responsabilidades assim delineadas:

[...] apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS; [...] prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do conselho municipal de saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente; [...] prover as condições necessárias a realização de conferências municipais de saúde; [...] estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional; [...] promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto a população em geral ; [...] apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social no SUS; [...] implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

## 12.5 Recursos tecnológicos

O Setor de Informática é responsável pela disponibilização, administração e manutenção dos recursos de Tecnologia da Informação da Secretaria Municipal de Saúde - SMS. Tem como objetivo aplicar os recursos de informática para aprimorar os procedimentos de trabalho da SMS, promovendo a harmonização do ambiente de trabalho e o desenvolvimento pessoal e profissional dos servidores municipais, possibilitando rapidez e segurança na prestação de serviços aos cidadãos.

A manutenção preventiva de equipamentos de informática é feita por empresa contratada que realiza também serviços de instalação e recuperação de toda rede física. Entre os serviços desempenhados pela empresa estão: configurar e integrar toda a rede lógica; treinar usuários; especificar, instalar, configurar e manter os computadores e equipamentos de informática; garantir acessibilidade e orientar os usuários. Ressalta-se que a empresa não faz reposição de peças nos equipamentos como a empresa anterior, e isso têm aumentado o número de computadores parados e sem utilização. O contrato da empresa tem um valor de R\$ 82.000,00 por ano.

O parque tecnológico de informática da SMS, conta com 371 computadores, distribuídos nas unidades de saúde, nos distrito sanitários e no nível central da SMS. Além disso, o setor de informática possui 03 servidores de redes e 08 *switch* para gerenciar a rede.

Quadro 3: Parque tecnológico de informática da SMS. 2010

Equipamentos	N. Central	Sede Distritos	Unidade de saúde	Total
Computador	151	49	171	371
Nobreak	151	59	173	373
Impressora	63	26	119	208
Projeter multimídia	2	-	-	2
Switch	8	-	-	8
Computadores Servidores de Rede	3	-	-	3
	-			

Fonte: SMS/USINFO

Muitos dos equipamentos das unidades são antigos e necessitam de manutenção constante.

É indiscutível a necessidade de pelos menos 02 computadores nas unidades básicas de saúde: um para o setor administrativo e outro para os sistemas de informações do Ministério da Saúde. Já as unidades de maior porte como policlínicas, unidades mistas, pronto atendimentos, hospital precisam de um número maior de equipamentos.

Também se faz necessário investir no serviço de *upgrade* dos servidores de rede que já estão ficando insuficientes para comportar a rede. É preciso ainda que se elabore e publique o Plano de Segurança de Informação por meio de portaria.

A sede da SMS possui uma rede interligando todos os setores e o acesso a internet é feito através de Banda larga. Possui acesso dedicado de 02 MBPS, com Circuito da Embratel interligando a sede central com a SEMPLA, atualmente provedora de internet.

Apenas 09 unidades de saúde possuem internet banda larga (Velox) e esta tem tecnologia ADSL, regulamentada pela ANATEL. Isso se constitui um grande problema para as demais, visto que é imprescindível o uso da internet na rotina das unidades: promover o acesso dos usuários ao sistema de regulação dos serviços (SISREG) e de cadastro/emissão do Cartão SUS; possibilitar o acesso dos profissionais aos sistemas que devem ser alimentados regularmente, entre outros.

Quanto aos Distritos Sanitários, todos possuem internet banda larga. Embora nem todos os setores estejam contemplados com o acesso a internet, como é o caso do Distrito Sul.

O acesso à Internet é imprescindível para a realização de inúmeras ações e atividades na SMS, uma vez que a comunicação remota de dados agiliza o processo de trabalho, permite acesso transparente às informações para controle do Sistema, além de possibilitar economicidade do dispêndio. Para tanto, torna-se necessário investimentos frequentes para a ampliação e manutenção da conectividade de toda

## 12.6 Regulação

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

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

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

Na Média Complexidade Ambulatorial está incluída a maioria dos procedimentos ambulatoriais necessários ao diagnóstico, tratamento e reabilitação, ressaltando o caráter complementar e suplementar.

O complexo regulador do Município de Natal começou sua história em 2004, utilizando a ferramenta SISREG II disponibilizado pelo Ministério da Saúde, com apenas 6 especialidades, ocorrendo a migração em 2010 para o SISREG III.

**A Central de Marcação de Consultas** tem atualmente 31 especialidades médicas agendadas pela Central de Regulação para 20 prestadores de serviços. Uma média de 30.000 consultas mensais são ofertadas nas seguintes especialidades: Angiologista, Alergologista, Consulta em Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cardiologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardíaca, Consulta em Cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica, Dermatologia, Endocrinologia, Fisiatria, Geneticista, Geriatria, Gastroenterologia, Homeopatia, Hematologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Psiquiatria, Proctologia, Pneumologia, Reumatologia, e Urologia.

Em síntese, a configuração da assistência especializada em Natal assume a seguinte característica.

- Executantes: 20 prestadores.

- Solicitantes: 166 municípios, 29 unidades no Distrito Norte, 12 unidades no Distrito Sul, 14 unidades no Distrito Leste e 18 unidades no Distrito Oeste.

**A Central de Exames de Média Complexidade** tem 32 procedimentos, um elenco de Ultrassonografias, Raio X simples e contrastados pertencentes à Tabela SIA, que em seu sistema agendam uma média de 11.000 procedimentos mês. Além destes são autorizados os seguintes exames: Teste Ergométrico, Endoscopia digestiva, Mamografias, Eletroencefalograma, Holter, PAAF, Ecocardiogramas etc.

As Fisioterapias são agendadas ainda manualmente pelos Distritos Sanitários.

Para as Colonoscopias, Ultrassonografias e Doppler Venoso as unidades solicitantes encaminham para a regulação e após análise técnica são liberados pelos reguladores da Central de Regulação.

Os procedimentos de Punção Aspirativa por Agulha Fina – PAAF guiado por Ultrassonografia são agendados na Central de Regulação manualmente.

Para o elenco de procedimentos supracitados existe: 19 prestadores executantes e 166 municípios solicitantes, sendo que em Natal são solicitantes 29 unidades no Distrito Norte, 12 unidades no Distrito Sul, 14 unidades no Distrito Leste e 18 unidades no Distrito Oeste.

**A Central de Internação Hospitalar** encaminha para cirurgias de Urgência/emergência e eletivas com um fluxo assim distribuído:

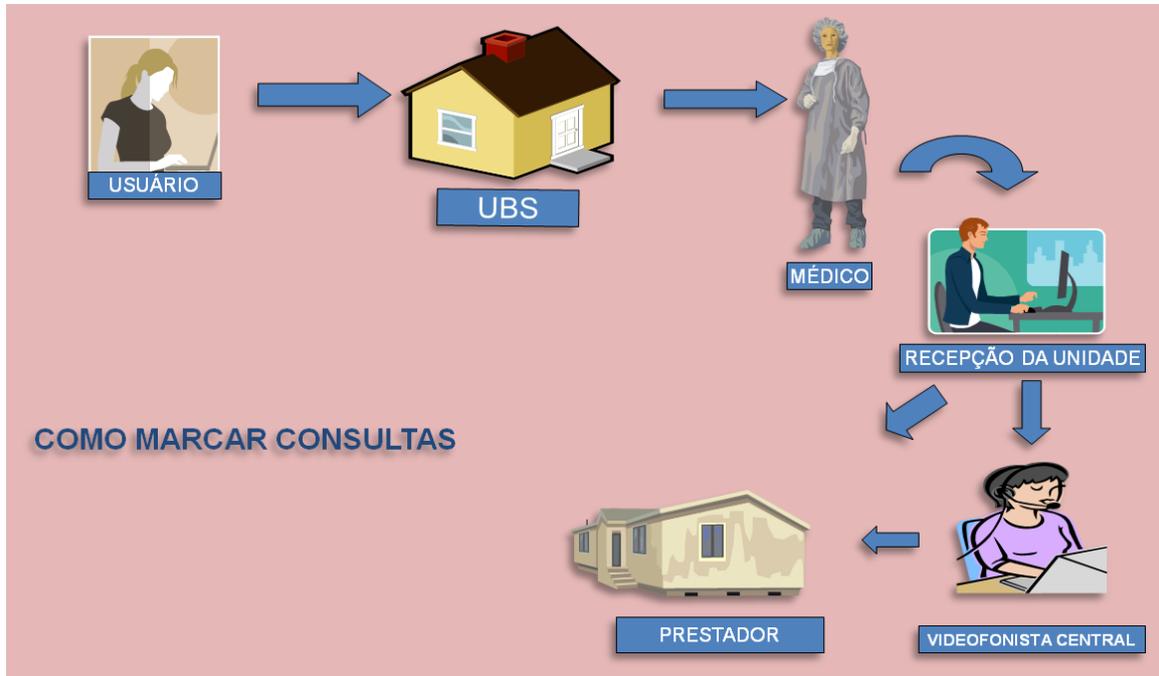
São reguladas as internações nas especialidades de traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, cardiologia, otorrinolaringologia (implante Coclear), buco-maxilo facial, obstetrícia e psiquiatria.

As cirurgias de Urgência e emergência têm como porta de entrada tanto o Hospital Walfredo Gurgel quanto outros hospitais públicos como Hospital Santa Catarina, Hospital Deoclecio Marques de Lucena, Hospital Regional Tarcisio Maia, Hospital Padre João Maria. Constituindo-se em 17 prestadores executantes.

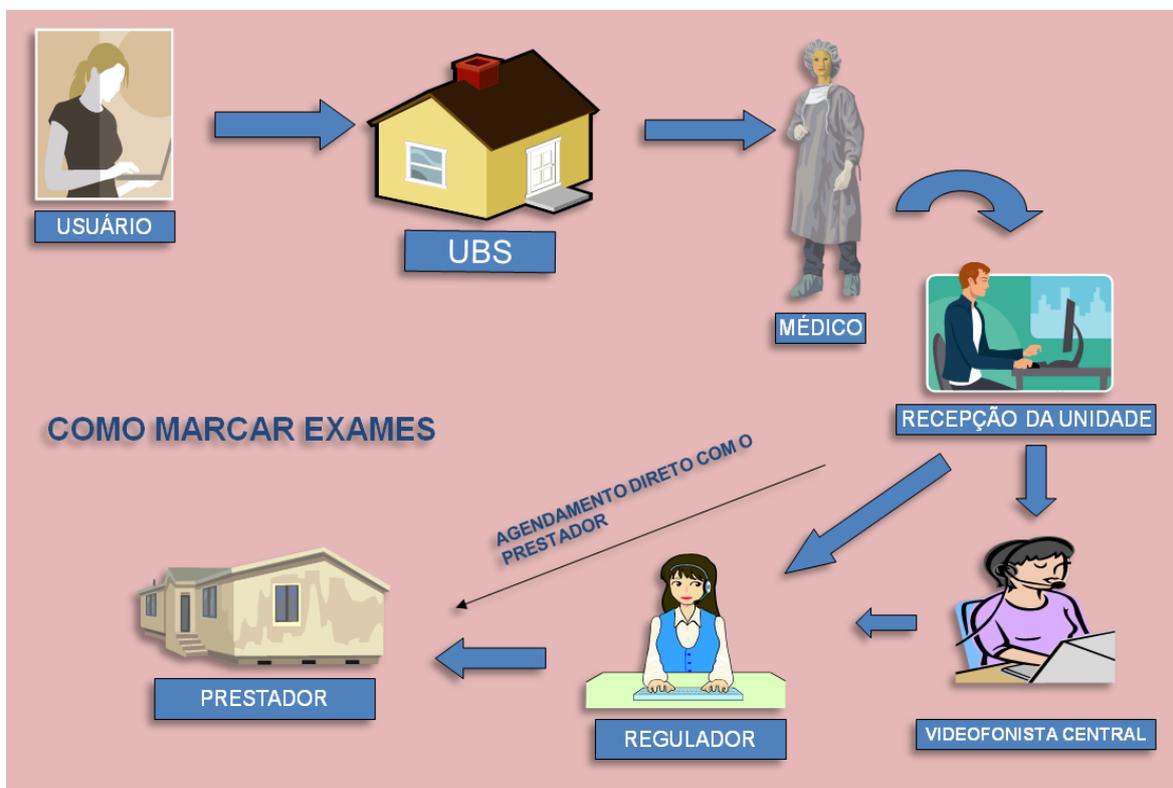
Nas cirurgias eletivas, o paciente vai a um hospital conveniado e ao ser consultado recebe um laudo para Autorização de AIH, que deverá passar por uma junta autorizadora para prévia autorização, que funciona no Centro Clínico José Carlos Passos. A marcação da cirurgia é de responsabilidade do hospital que irá prestar o atendimento.

## FLUXOS ASSISTENCIAIS

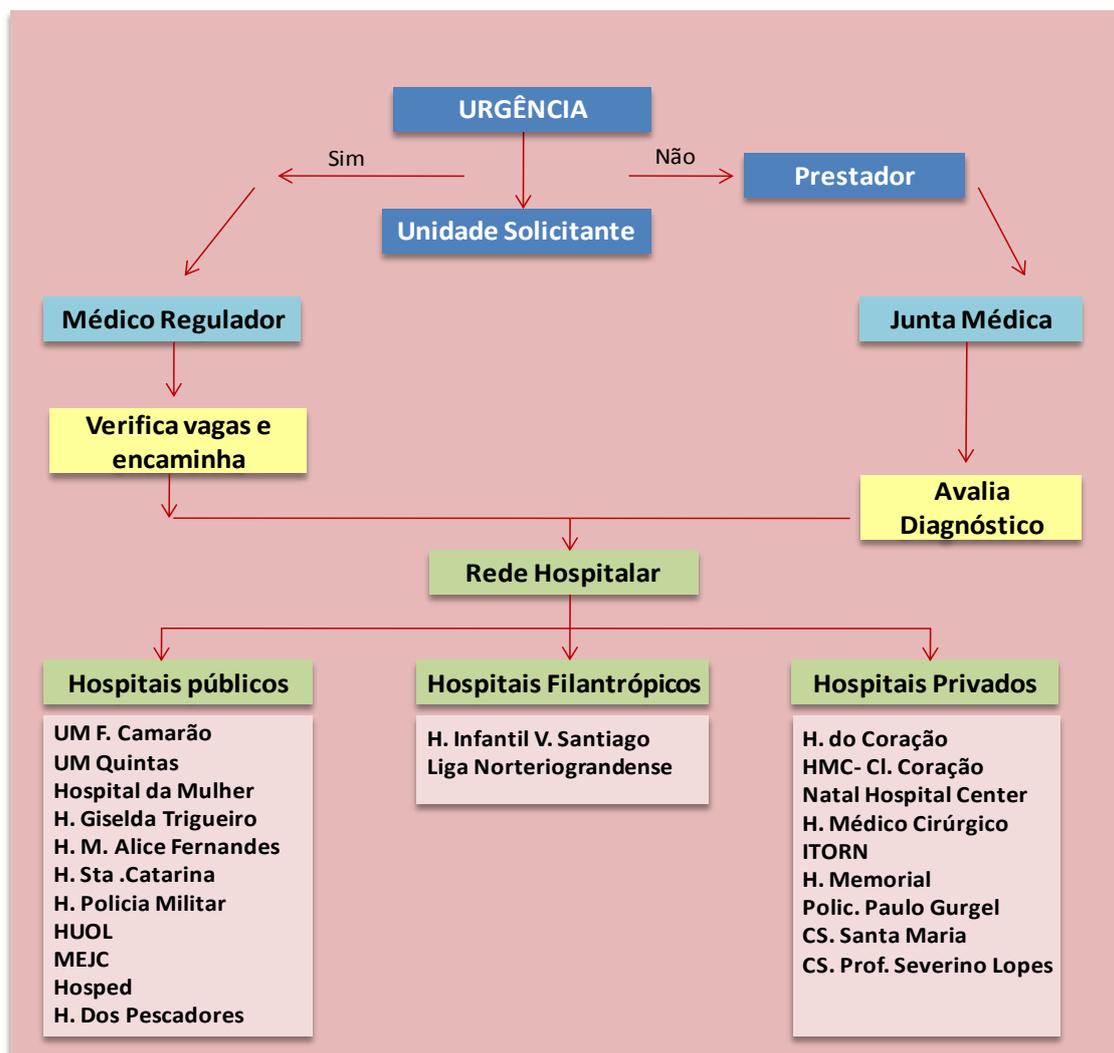
### Consultas



### Exames



## Internação



A regulação dos leitos hospitalares ainda está em fase de implantação, sendo necessário maior investimento por parte da SMS Natal para que seja implantado o sistema regulatório em toda a rede de prestadores do SUS sejam eles da rede pública ou conveniada.

A regulação médica das urgências pré-hospitalares é realizada pelo SAMU, por demanda espontânea, isolada da central de regulação que faz a regulação intra-hospitalar.

Diante das dificuldades encontradas pela demanda reprimida de leitos de UTI, a SMS comprou 10 leitos de UTI, distribuídos 05 leitos para o Natal Hospital Center - NHC e 05 leitos para o Hospital do Coração - HC, destinados exclusivamente para pacientes residentes e domiciliados no município de Natal. E pactua com outros prestadores para totalizar 22 leitos, pagos com recursos do Orçamento Geral do Município.

## Fluxos para os leitos de UTI

- Pacientes atendidos pelo **SAMU NATAL** fora do ambiente hospitalar (em casa ou na rua) que necessitem de leitos de UTI: a vaga será solicitada diretamente a Central de Regulação de Natal que enviará a autorização via e-mail ao hospital executante, com cópia para o SAMU Natal;
- Pacientes atendidos pelo SAMU Metropolitano nas mesmas condições supracitadas que necessitem de leitos de UTI: a vaga será solicitada diretamente ao Complexo Estadual de Regulação – CER ou a Central de Regulação de Natal, dependendo da origem do paciente, que enviará a autorização via e-mail ao hospital executante, com cópia para o SAMU solicitante;
- Em casos de pacientes munícipes de Natal que estiverem em qualquer unidade hospitalar pública municipal e/ou estadual necessitando de transferência para leitos de UTI: as vagas serão solicitadas a Central de Regulação de Natal, através do seu médico regulador, que enviará a autorização via e-mail/fax, com cópia para o estabelecimento solicitante. A transferência é feita pelo SAMU Natal.
- Em casos de pacientes dos diversos municípios do Estado do Rio Grande do Norte que estiverem em qualquer unidade hospitalar pública ou conveniada/contratada necessitando de transferência para leitos de UTI: as vagas serão solicitadas a CER, através do seu médico regulador, que enviará a autorização via e-mail/fax, com cópia para o estabelecimento solicitante. A transferência deverá ser feita pelo SAMU Natal/PRAE, dependendo da complexidade e seguindo os protocolos do Ministério da Saúde;

Todos os leitos de UTI contratados pela SMS serão autorizados e acompanhados posteriormente pelo auditor municipal que passará a visita diariamente “in loco” no estabelecimento de saúde executante. Os leitos de UTI contratados pela SESAP serão autorizados, para posteriormente ser auditados pelo componente de auditoria estadual.

Os estabelecimentos de saúde executantes enviarão planilhas diárias com relação dos internos contendo data da internação, tempo de permanência, diagnóstico, data da alta, taxa de ocupação, óbitos, procedência de encaminhamento, seguindo modelo de uma planilha unificada (modelo anexo I).

## Fluxos de traumato-ortopedia

### Procedimentos não invasivos

**Pacientes** que tiverem pequenos traumas cujo tratamento não envolva procedimentos cirúrgicos, sendo **residentes e domiciliados no município de Natal** serão orientados e/ou transportados para o Hospital Memorial/CLINORT;

**Pacientes oriundos de outros municípios** terão como porta de entrada o setor de acolhimento com classificação de risco do Hospital Walfredo Gurgel, e quando identificados traumas que não necessitem de cirurgia estes deverão ser encaminhados para as unidades ortopédicas ambulatoriais credenciadas ao SUS como NOT, Ortotrauma, e Hospital Médico Cirúrgico, de segunda a sexta-feira das 07h às 17h. Fora deste período, o atendimento será feito no Pronto Socorro Clóvis Sarinho, sendo o paciente encaminhado posteriormente às unidades credenciadas para continuidade do tratamento. Porém deverão ser respeitadas as pactuações entre os municípios (PPI).

Todos os pacientes citados nos parágrafos anteriores deverão ser encaminhados com a ficha de encaminhamento própria de traumato-ortopedia, fornecida pela SMS NATAL.

### Traumas com correção cirúrgica

Em caso de pacientes que tiverem traumas que necessitem de correção cirúrgica, independente da procedência (porém respeitando as pactuações e seguindo os protocolos que ainda serão criados), a solicitação de transferência para a realização do procedimento cirúrgico dar-se-á através da Unidade de Gestão de Vagas – UGV do hospital solicitante que requer ao sistema SISREG o procedimento indicado em Laudo Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que atendeu o usuário.

Quando o usuário é inserido no sistema de regulação, de acordo com a disponibilidade das vagas de leitos em hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde, o regulador autoriza a realização do procedimento, conforme a classificação de risco, para o Hospital Memorial ou Hospital Médico Cirúrgico. Diariamente, a SMS/Natal envia auditor para acompanhar a assistência e autorizar outros procedimentos que se fizerem necessário.

Paciente apenado que estiver internado em hospital público, e necessitar de transferência para outros estabelecimentos de saúde, deverá ser inserido pela UGV, através do sistema municipal de regulação – SISREG; porém, deverá ser feito prévio contato telefônico com o hospital executante, acompanhado do histórico clínico do paciente com a finalidade de agilizar o procedimento cirúrgico solicitado. O paciente só será removido após o agendamento da cirurgia, e acompanhado pela guarda policial.

Realizado o procedimento cirúrgico e cumprindo o tempo mínimo de permanência normatizado pelo próprio Ministério da Saúde, o paciente poderá receber alta hospitalar.

Com relação à PPI, esta foi atualizada em abril de 2010, já com nova versão e nova pactuação, e atualmente sofre revisão ainda não finalizada.

O município de Natal está recebendo a Alta Complexidade Ambulatorial, que até o momento encontrava-se sobre a Gestão Estadual, sendo que em 02 de abril de 2010, o município de Natal começou a receber alguns desses exames como é o caso dos cateterismos cardíacos, arteriografias, aortografia e angiografias. Os outros procedimentos ainda não têm data definida para ocorrer à migração. Espera-se que até o final de 2011 o município esteja com todos os procedimentos dentro da Central de Regulação Municipal

No tocante à Contratualização, o município avançou bastante tendo assinado em fevereiro de 2010 o 1º Termo de Compromisso entre Entes Públicos com a Secretaria Estadual de Saúde – SESAP, bem como contratualizou com os hospitais que compõe o Complexo Universitário, Hospital da Polícia Militar, e Hospital Infantil Varela Santiago.

Em relação à auditoria, a equipe multiprofissional conta com 45 auditores, e realiza auditorias in-loco em todas as unidades prestadoras de serviços ao município de Natal, sendo que nas unidades hospitalares estaduais e nas unidades hospitalares públicas federais a revisão é feita por amostragem (média de 50%), e nas outras unidades (100%), em todas as contas apresentadas.

Hoje alguns auditores acumulam as funções de auditoria e regulação, tendo além das escalas ambulatoriais e hospitalares a escala de plantão 24hs para regulação dos leitos hospitalares e cateterismos cardíacos.

A tabela de Procedimentos SIGTAP sofreu reajustes em 2009, porém a SMS dispõe de uma Tabela Complementar ao SUS para prestação dos serviços de Traumatologia-ortopedia, bem como contrato com a Cooperativa de Anestesia com valores previstos por portes anestésicos e valores de plantões pré-fixados, e ainda com a Cooperativa Médica pela necessidade de prestação de serviços médicos de média e alta complexidade de forma contínua e ininterrupta, a ser prestada junto à rede de assistência à saúde no município de Natal, nas áreas clínicas, cirúrgicas e intervencionistas, nas especialidades de Cardiologia (Ritmologia, Hemodinâmica, Cirurgia Cardíaca), Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Oncológicas, Ginecologia e Obstetrícia, Mastologia, Otorrinolaringologia e Urologia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Psiquiatria, Neonatologia, Clínica Médica e Traumatologia-Ortopedia, Urgências e Emergências, bem como prestação de serviços médicos para complementar as escalas de plantão nos hospitais e clínicas da rede pública, filantrópica e/ou credenciados/contratados, conforme demanda e interesse do gestor municipal.

# **13. OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS 2011-2013**



## **13 OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS 2011 - 2013**

### **13.1 Eixos e Diretrizes do PMS 2011 - 2013**

#### **Eixo 01: Atenção Integral à Saúde**

Fortalecimento da Atenção Básica

Atenção integral à saúde das populações por ciclo e gênero

Atenção às pessoas em situações especiais de agravos

Linhas de cuidados estratégicos na Atenção Básica

Atenção Especializada em Saúde

Assistência Farmacêutica

Assistência Laboratorial

Vigilância em Saúde – Ações integradas de VISA, VE, VA, Saúde do Trabalhador e Controle de Zoonoses

Promoção à Saúde

#### **Eixo 02: Gestão Estratégica e Participativa no SUS**

Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde

Gestão de Insumos e de Infra-estrutura

Gestão de Recursos Financeiros

Planejamento e Informação em Saúde

Regulação e Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

Controle Social, Participação e Educação Popular no SUS

## 13.2 Eixo 01: Atenção Integral à Saúde

### Objetivo:

Articular as ações de promoção, prevenção e assistência, na perspectiva da garantia do acesso resolutivo, integral, qualitativo e equânime, garantindo o cuidado, a redução de danos e sofrimentos às pessoas, na dimensão individual, coletiva e territorial.

### 13.2.1 Diretriz 1.1. Fortalecimento da Atenção Básica

Metas	Período
Ampliar a cobertura de serviços de Atenção Básica de Saúde, da rede própria da SMS, para assegurar acesso, a todos os residentes, no território, no Município.	2011 - 2013
Ampliar o número de Equipes de Saúde da Família, para cobrir, no mínimo, 50% da população do Município.	2011 - 2013
Expandir a cobertura das equipes com modalidade Agentes Comunitários de Saúde, implementando, no mínimo, mais 4 Unidades com essa modalidade.	2011 - 2013
Disponibilizar, como instrumento diário de trabalho do(a) Agente Comunitário de Saúde (ACS), a Ficha C do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).	2011 - 2013
Realizar, no mínimo, duas reuniões ao ano, para monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, integrando a Atenção Básica e Vigilância em Saúde, garantindo ampla participação dos Profissionais de Saúde lotados na Rede Básica de Saúde e Sede dos Distritos Sanitários.	2011 - 2013
Realizar manutenção preventiva em 100% da estrutura predial das Unidades Básicas.	2011 - 2013
Realizar reformas em, no mínimo, 20 unidades da Rede de Atenção Básica de Saúde.	2011 - 2013
Realizar estudo de territorialização em 100% das áreas das Unidades Básicas de Saúde, visando o redimensionamento da Rede.	2011 - 2013
Manter atualizado o cadastro das famílias em 100% das Unidades de Saúde da Família.	2011 - 2013

Implantar 12 equipes do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF).	2011 - 2013
Implantar a Avaliação para a Melhoria da Qualidade no Saúde da Família (AMQ), em 100% das Unidades de Saúde da Família.	2011 - 2013
Implantar mecanismos de avaliação para a melhoria da qualidade da Atenção à Saúde em 100% das Unidades Básicas da Rede Municipal de Saúde.	2011 - 2013
Garantir a educação permanente para os profissionais de saúde em 100% das Unidades Básicas, com abordagem integral em Vigilância à Saúde.	2011 - 2013
Implantar o Tele-Saúde em, no mínimo, 08 Unidades de Saúde, com distribuição equitativa nos Distritos Sanitários.	2011 - 2013
Construir 09 Unidades Básicas de Saúde para expansão da Estratégia Saúde da Família, através do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).	2011 - 2012
Implementar em 100% da Rede Municipal o atendimento de urgência básica com acolhimento e classificação de risco.	2011 - 2013
Implantar o Protocolo de Enfermagem para o “Tratamento Diretamente Observado” dos pacientes portadores de tuberculose.	2011 - 2013

### 13.2.2 Diretriz 1.2- Atenção integral à saúde das populações por ciclo e gênero.

#### Prioridade 01: Saúde da Criança

Metas	Período
Reduzir em 5% a mortalidade infantil com ênfase na redução para o componente neonatal.	2011 - 2013
Investigar 50% dos óbitos infantis e 60% dos óbitos fetais.	2011 - 2013
Estruturar 100% da rede de serviços para garantir o cumprimento do calendário básico de vacinação, conforme preconizado no Programa Nacional de Imunizações (PNI).	2011 - 2013
Criar 32 leitos de Unidade Intermediária Neonatal na Rede Municipal de Saúde.	2011 - 2012
Realizar 01 audiência pública e 01 Fórum Anual do Comitê de Mortalidade Materna e Neonatal.	2011 - 2013

Ofertar triagem neonatal para 100% dos nascidos vivos residentes no Município.	2011 - 2013
Aumentar em 5% a cobertura de aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 04 meses cadastradas no SIAB.	2011 - 2013
Reduzir em 5% a proporção de nascidos vivos, com baixo peso ao nascer, acompanhados pelas equipes da Atenção Básica.	2011 - 2013
Reduzir em 5% a taxa de internação por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em menores de cinco anos.	2011 - 2013
Reduzir em 5% a taxa de internação por Doenças Diarréicas Agudas (DDA) em menores de um ano.	2011 - 2013
Reduzir em 5% o percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade, acompanhadas nas Unidades de saúde, através do SISVAN, passando de 4,1% para 3,9%.	2011 - 2013
Ampliar em 100% a Rede Amamenta Brasil da Rede Básica da SMS, passando de 10 para 20 Unidades.	2011 - 2013
Integrar a Rede Amamenta Brasil a 100% das Maternidades da SMS.	2011 - 2013
Elaborar e implantar um Protocolo de Atenção Neonatal nas maternidades da Rede Municipal.	2011 - 2012
Reestruturar as maternidades da UM Felipe Camarão e UM Quintas, para permanecerem como Unidades Gestão Pública portadoras do Selo Hospital Amigo da Criança.	2011 - 2012
Estruturar o Hospital Maternidade Dr. Leide Moraes para obtenção do título de Hospital Amigo da Criança, conforme critérios do Ministério da Saúde.	2011 - 2013
Garantir o registro civil nas 3 maternidades municipais, conforme Portaria Ministerial.	2011 - 2013
Implantar o teste da orelhinha em todas as maternidades da Rede Municipal de Saúde.	2011 - 2013
Implantar o teste do olhinho em todas as maternidades da Rede Municipal de Saúde.	2011 - 2012
Garantir o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD), em menores de 5 anos, em 100% das Unidades da Rede de Atenção Básica Municipal.	2011 - 2013
Realizar coleta para triagem neonatal em 100% das Unidades de Saúde da Rede Municipal.	2011 - 2013

**Prioridade 02: Saúde do Adolescente**

Metas	Período
Implementar a Política de Atenção Integral ao Adolescente, de forma articulada entre a Rede Municipal de Saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE) e outras ações e políticas sociais públicas específicas para a clientela.	2011 - 2013
Monitorar trimestralmente o Plano Operativo de Atenção Integral aos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação Provisória.	2011 - 2013
Implementar em 50% da Rede de Atenção à Saúde, ações específicas de atenção ao adolescente, de acordo com os eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde, com foco na alimentação saudável, práticas corporais, atenção à saúde sexual e reprodutiva, redução da dependência de substâncias psicoativas e da violência.	2011 - 2013
Efetivar o uso das Cadernetas do Adolescente (masculino e feminino) em 100% das Unidades da Rede da SMS.	2011- 2013

**Prioridade 03: Saúde do Idoso**

Metas	Período
Efetivar o uso da Caderneta do Idoso em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	2011 - 2013
Garantir a cobertura vacinal contra Influenza em 80% dos idosos na faixa etária de 60 anos ou mais.	2011 - 2013
Realizar, anualmente, a fiscalização de 100% das Instituições de Longa Permanência - ILPI, cadastradas no Município.	2011 - 2013
Reduzir em 5% a taxa de internação por fratura do fêmur, passando de 19,84 para 19,24/10.000, em pessoas com 60 anos ou mais.	2011 - 2013
Efetivar e garantir condições de funcionamento dos grupos operativos de trabalho com idosos, com abrangência familiar, em pelo menos 80% das Unidades da Atenção Básica.	2011 - 2013
Implementar atividades físicas com regularidade para Usuários, em 100% da Rede de Atenção Básica de Saúde da SMS.	2011 - 2013

**Prioridade 04: Saúde da Mulher**

Metas	Período
Monitorar trimestralmente o cumprimento das metas do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.	2011 - 2013
Implantar o protocolo específico para Atenção à Saúde da Mulher em 100% da Rede de Atenção Básica.	2011 - 2013
Aumentar de 53,3% para 60% a proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal.	2011 - 2013
Garantir os insumos para realização de exames citopatológicos em 100% da Rede de Serviços da SMS.	2011 - 2013
Climatizar as salas de coleta de exames de prevenção do câncer de colo de útero e mama em 100% das Unidades de Atenção Básica.	2011 - 2012
Garantir Sonar para 100% das Unidades de Atenção Básica que realizam Assistência ao Pré-Natal.	2011 - 2012
Qualificar profissionais da assistência obstétrica e neonatal em parto humanizado nas 3 maternidades municipais.	2011 - 2012
Implementar 3 referências para gestação de alto risco para as gestantes atendidas na Rede de Serviços do SUS no Município.	2011 - 2013
Realizar 2 exames de VDRL e HIV por gestante, com vistas a redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis.	2011 - 2013
Realizar um exame de VDRL e HIV por parceiro das gestantes positivas para HIV e /ou Sífilis.	2011 - 2013
Garantir que 100% dos exames realizados sejam entregues em tempo hábil, inclusive as sorologias toxoplasmose, citomegalovírus, hepatites virais e rubéola.	2011 - 2013
Notificar e monitorar 100% dos casos de Sífilis em gestantes atendidas pelo SUS.	2011 - 2013
Reduzir 30% dos casos de Sífilis em mulheres em idade fértil atendidas na Rede Municipal de Saúde.	2011 - 2013
Realizar 01 mamografia/ano na população feminina com 40 anos ou mais.	2011 - 2013
Aumentar em 25% a razão de mamografias realizada na população feminina 50 a 69 anos, passando de 0,12 para 0,15/mamografias.	2011 - 2013
Ampliar em 10% a oferta de ultrassonografia mamária.	2011 - 2013

Aumentar em 46,7% a razão de exames citopatológicos da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, passando de 0,15 em 2009 para 0,22 exames/mulher em 2013.	2011 - 2013
Reduzir em 4% a Taxa de Mortalidade em mulheres por câncer do colo do útero.	2011 - 2013
Reduzir em 4% a Taxa de Mortalidade em mulheres por câncer de mama.	2011 - 2013
Capacitar os profissionais de 100% das Unidades da Atenção Básica para implantação de ações de prevenção, combate e controle das diversas formas de violência (doméstica, sexual e outras).	2011 - 2013
Implantar em 100% das Unidades da Atenção Básica a notificação compulsória da violência.	2011 - 2013

### Prioridade 05: Saúde do Homem

Metas	Período
Implantar a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, articulando as ações em todos os níveis da gestão.	2011 - 2013
Implantar em 100% das Unidades da Atenção Básica, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças à população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos.	2011 - 2013
Qualificar 100% das equipes da Atenção Básica para atenção às doenças e agravos prevalentes na população masculina.	2011 - 2013
Realizar ações preventivas em 100% dos Serviços da Atenção Básica, visando à redução da Taxa de Mortalidade por câncer de próstata e pênis.	2011 - 2013
Ofertar o exame de peniscopia em 100% dos casos solicitados para municípios de Natal-RN.	2011 - 2013
Ampliar em 50% a oferta de ultrassonografia de próstata via transretal com biopsia.	2011 - 2013
Elaborar e implantar o Protocolo Específico para Atenção à Saúde do homem em 100% da Rede de Atenção Básica.	2011 - 2013

**Prioridade 06: Saúde do Adulto**

Metas	Período
Garantir em 100% das Unidades da Atenção Básica a cobertura de dispensação orientada dos métodos contraceptivos utilizados no Planejamento Familiar.	2011- 2013
Realizar serviços de laqueadura tubária no Hospital e Maternidade Dr. Leide Morais e Unidade Materno- Infantil das Quintas.	2011 - 2013
Ampliar o Serviço de Referência para a realização de vasectomia na Rede Municipal do SUS.	2011 - 2012
Implantar, em cada Distrito Sanitário, 01 Serviço de Referência, com oferta de turno diferenciado de trabalho, para o atendimento às demandas da população com dificuldades de acesso no horário de funcionamento das Unidades Básicas.	2011 - 2013
Ampliar em 50% a oferta de colonoscopia.	2011 - 2013
Ampliar em 50% a oferta de broncoscopia.	2011 - 2013
Ampliar em 50% a oferta de espirometria.	2011 - 2013
Ampliar em 50% a oferta de eletroneuromiografia.	2011 - 2013
Ampliar em 50% a oferta de ressonância magnética solicitados para munícipes de Natal-RN.	2011 - 2013

**13.2.3 Diretriz 1.3- Atenção às pessoas em situações especiais de agravos.****Prioridade 01: Controle da Hipertensão e Diabetes**

Metas	Período
Ampliar em 31,6% o cadastramento de pessoas com mais de 40 anos, portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, passando de 19.000 para 25.000 cadastros.	2011 - 2013
Reduzir em 7,4% a taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral, na população a partir dos 40 anos, passando de 5,13 para 4,75/10.000 internações.	2011 - 2013
Reduzir em 4,3% a taxa de internação por Diabetes Mellitus e suas	2011 - 2013

complicações, passando de 2,58 para 2,47/10.000 internações.	
Garantir a referência para cuidados especializados para 100% dos pacientes com Hipertensão e Diabetes cadastrados e acompanhados nas Unidades da Rede Municipal, conforme protocolo específico.	2011 - 2013
Garantir medicamentos para tratamento de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, constantes na REMUME, para 100% dos Usuários cadastrados e acompanhados nas Unidades da Rede Própria de Atenção Básica.	2011 - 2013
Efetivar em 100% das Unidades Básicas os grupos operativos de trabalho com Usuários Hipertensos e Diabéticos, acompanhadas pela Rede de Serviços, para realização de ações de promoção à saúde.	2011 - 2013
Elaborar e implantar Protocolo de Atendimento ao Usuário com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.	2011 - 2012
Elaborar e implantar o Plano da Rede de Atenção ao Diabetes (PRAD) para o Município.	2011 - 2012

### Prioridade 02: Controle da Tuberculose

Metas	Período
Detectar 70% dos casos novos estimados de Tuberculose, passando de 67,4% em 2009 para 70% em 2013.	2011 - 2013
Garantir baciloscopia (BK) para o diagnóstico de 100% dos casos novos do tipo pulmonar.	2011 - 2013
Aumentar em 30% a busca de sintomático-respiratório em maiores de 15 anos.	2011 - 2013
Realizar BK de controle para a comprovação de cura em 100% dos casos de Tuberculose Pulmonar Positivo.	2011 - 2013
Implantar coleta de BK em 100% das Unidades básicas, passando de 46 Unidades em 2009 para 57 em 2013.	2011 - 2013
Assegurar a realização de exames raios-x de tórax de 100% das solicitações, com vistas a esclarecimento do diagnóstico e para comprovação de cura dos casos de Tuberculose.	2011 - 2013
Implantar 5 referências de laboratórios públicos para diagnóstico de Tuberculose, sendo um laboratório por Distrito Sanitário.	2011 - 2013

Reestruturar 3 laboratórios públicos para incorporar apoio diagnóstico de Tuberculose na Rede.	2011 - 2013
Implantar uma Unidade Pública de Saúde de referência para o diagnóstico e tratamento da Tuberculose em menores de 15 anos.	2011 - 2013
Capacitar 100% dos médicos e enfermeiros das ESF/EACS para o Tratamento Diretamente Observado (TDO).	2011 - 2013
Implantar o Protocolo de Enfermagem para o "Tratamento Diretamente Observado" dos Usuários com Tuberculose.	2011 - 2013
Alcançar 80% de cura para usuários tratados e acompanhados pelas equipes da Atenção Básica, passando de 41,97% em 2009 para, no mínimo, 80% em 2013.	2011 - 2013
Reduzir em 5% a proporção de abandono do tratamento de Tuberculose, de forma a atingir no máximo 11,94 até 2013.	2011 - 2013
Reduzir em 5% a taxa de mortalidade por Tuberculose, passando de 2,48 em 2009 para 2,36 óbitos/100.000 habitantes até 2013.	2011 - 2013
Disponibilizar pelo menos 200 cestas básicas para os Usuários com tuberculose em tratamento, conforme critérios estabelecidos.	2011 - 2013
Realizar 1 campanha anual de sensibilização, mobilização e articulação governamental e da sociedade civil para enfrentamento da Tuberculose.	2011 - 2013
Aumentar para 100% as Unidades de Atenção Básica capacitadas para a administração da vacina BCG-ID.	2011 - 2013
Capacitar mais 10 Unidades para realizar PPD, passando de 7 em 2009 para 17 unidades em 2013.	2011 - 2013
Ampliar em 50% a realização do teste de HIV para pessoas com Tuberculose.	2011 - 2013
Aumentar em 50% o exame clínico nos comunicantes do grupo familiar de Usuários com Tuberculose.	2011 - 2013

**Prioridade 03: Controle da Hanseníase**

Metas	Período
Reduzir em 20% a prevalência de Hanseníase, passando de 0,7 em 2009 para 0,56 em 2013.	2011 - 2013
Aumentar em 0,6% a proporção de cura dos casos novos diagnosticados, passando de 94,4% em 2009 para 95% em 2013.	2011 - 2013
Manter a taxa de abandono de tratamento de Hanseníase abaixo de 5%.	2011 - 2013
Reduzir em 5% a proporção de grau de incapacidades I e II registrados no momento do diagnóstico, passando de 40,6% em 2009 para 38,57% em 2013.	2011 - 2013
Implementar em 100% das Unidades da Rede de Serviços o diagnóstico e tratamento em Hanseníase, passando de 37 para 62 Unidades.	2011 - 2013
Realizar o diagnóstico em 100% dos casos suspeitos de Hanseníase.	2011 - 2013
Realizar 2 campanhas anuais nas Unidades de Saúde para a identificação de casos suspeitos de Hanseníase, através de busca ativa.	2011 - 2013
Capacitar 150 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde), dos Distritos Sul e Leste, em Diagnóstico e Intervenções Clínicas na Hanseníase.	2011 - 2013
Desenvolver dois cursos sobre prevenção e incapacidade (PI) para os Distritos Norte I e II, Sul e Leste.	2011 - 2013
Implantar nos 5 laboratórios da Rede Própria da SMS, referência à baciloscopia de Hanseníase, como exame de apoio diagnóstico.	2011 - 2013
Realizar exame clínico em 100% dos comunicantes do grupo familiar dos Usuários com Hanseníase.	2011 - 2013

**Prioridade 04: Prevenção e Controle das DSTs/AIDS**

Metas	Período
Reduzir anualmente em 10% a taxa de incidência de AIDS em menores de 05 anos.	2011 - 2013
Reduzir em 10% a taxa de transmissão vertical do HIV.	2011 - 2013
Reduzir em 31,5% o número de casos de Sífilis Congênita no Município.	2011 - 2013
Garantir a cobertura vacinal contra a Hepatite B em 95% dos grupos vulneráveis (auto-imune, HIV positivo, câncer).	2011 - 2013

Ofertar em 100% da Rede de Atenção Básica a vacina contra a Hepatite B.	2011 - 2013
Capacitar 85% dos Profissionais das Equipes da Atenção Básica no diagnóstico e manejo clínico para os casos suspeitos de infecção pelo HIV/AIDS e por outras DSTs.	2011 - 2013
Desenvolver projeto de apoio às ações de prevenção e controle das DSTs e AIDS junto às ONG AIDS.	2011 - 2013
Implantar 2 SAE no Município de Natal-RN, com a oferta do teste rápido.	2011 - 2013
Garantir insumos nas 05 Unidades de Referência para o tratamento das DSTs.	2011 - 2013
Elaborar um plano de ações educativas da SMS para a prevenção das DSTs/AIDS.	2011 - 2013
Implementar o plano de ações educativas para a prevenção das DSTs/AIDS em 100% das Unidades de Saúde da SMS.	2011 - 2013
Implantar o monitoramento dos recursos repassados via projetos de prevenção das DSTs/HIV/AIDS aos Organismos não Governamentais (ONGs).	2011 - 2013

### Prioridade 05: Atenção integral às pessoas com deficiência

Metas	Período
Dotar 100% das Unidades da Rede Municipal de dispositivos de acessibilidade para o acolhimento às pessoas com deficiência.	2011 - 2013
Elaborar e implantar a Política de Atenção às pessoas com deficiência.	2011 - 2013
Implantar 01 Programa de Reabilitação para pessoas com deficiência motora.	2011 - 2013
Garantir, através da PPI, o acesso dos pacientes aos artefatos que integram a Política de Órteses e Próteses (cadeiras de roda, muletas, andadores, bengalas, bolsas de colostomia, dentre outros), em conformidade com os parâmetros pactuados e deliberados nos espaços colegiados do SUS (CGR, COSEMS, CIB).	2011 - 2013

### Prioridade 6: Atenção Integral à Saúde da População Carcerária

Metas	Período
Disponibilizar atendimento para 100% das Unidades Prisionais (Delegacias e Centros de Detenção Provisória) do Município, conforme plano Operativo da Assistência Carcerária.	2011 - 2013
Realizar parceria com organismos afins para execução de ações de promoção e proteção relacionadas ao HIV/AIDS no Plano de Atenção Carcerária.	2011 - 2013

### 13.2.4 Diretriz 1.4- Linhas de Cuidados Estratégicos na Atenção Básica.

#### Prioridade 01: Saúde Bucal

Metas	Período
Implantar equipes de saúde bucal, de modo a alcançar a paridade com as equipes de saúde da família.	2011 - 2013
Implantar as especialidades de Cirurgia Oral Menor, atendimentos a pacientes especiais e Diagnóstico Oral exigidas na portaria nº. 599/GM, de 23 de março de 2006, nos dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II já existentes.	2011 - 2012
Implantar um Centro de Especialidade Odontológica no Distrito Sanitário Sul, para alcançar a cobertura de um CEO por região administrativa.	2011 - 2012
Adequar a estrutura física, elétrica e hidráulica de 100% das Unidades de Saúde da Família, para instalação e adequado funcionamento de gabinetes odontológicos.	2011 - 2012
Aumentar em 19,3% a cobertura de primeira consulta odontológica programática, passando de 10,53% em 2009 para 13% em 2013.	2011 - 2013
Reduzir em 15% a proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais, passando de 5,88% para 5,0% em 2013.	2011 - 2013
Aumentar em 42,9% a cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, passando de 1,4% para 2,0% em 2013.	2011 - 2013
Aumentar em 10% a média de procedimentos odontológicos básicos individuais, passando de 0,88 atendimentos em 2009 para 0,93% em 2013.	2011 - 2013
Oferecer, no mínimo, 150 próteses/mês, visando ampliar o acesso às ações de reabilitação em saúde bucal (Portaria nº. 2.374/GM, de 07 de	2011 - 2013

outubro de 2009).	
Capacitar 100% dos Profissionais de Saúde Bucal da Rede em Sistemas de Informação (SIA/SIAB), com vistas ao monitoramento e avaliação.	2011 - 2012
Qualificar 100% dos Profissionais de Saúde Bucal da Rede Própria Municipal de Serviços de Saúde em Câncer de Boca, a fim de melhorar o diagnóstico precoce e incentivar a prevenção desse tipo de Câncer, com vistas à redução da morbimortalidade da doença.	2011- 2013
Implantar um Serviço Público de Urgência Odontológica 24 horas, em cada Distrito Sanitário, com gestão pública.	2011 - 2013

### Prioridade 02: Saúde Mental

Metas	Período
Implantar 01 CAPS III no Distrito Sanitário Norte II.	2011 - 2013
Transformar os CAPS II Leste e Oeste em CAPS III Leste e Oeste, 24 horas cada um, com 08 leitos de curta permanência, contribuindo na redução de leitos em hospitais psiquiátricos.	2010 - 2013
Transformar o CAPS II AD Leste e o CAPS II AD Norte em CAPS III AD Leste e Oeste 24 horas.	2011 - 2013
Transformar o APTAD/Pirangi em CAPS AD Sul, aumentando a cobertura da Rede de Cuidados no tratamento ao crack e outras drogas.	2011 - 2013
Garantir 5% de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais públicos localizados no Município, totalizando 21 leitos nos seguintes hospitais: Hospital Universitário Onofre Lopes, Hospital Municipal de Natal-RN, Hospital Pedro Bezerra e Hospital Cel. Pedro Germano.	2011 - 2013
Implantar duas Residências Terapêuticas, vinculadas aos novos CAPS.	2011 - 2013
Potencializar e articular os Serviços de Atenção Integral à Saúde Mental da Criança e Adolescente, principalmente o CAPS-Infantil, Hospital Sandra Celeste, HOSPED e os Serviços de Urgência e Emergência da Rede Municipal de Saúde.	2011 - 2013
Implantar a Atenção em Saúde Mental para criança e adolescente, garantindo acolhimento, atendimento e encaminhamento ao Hospital Sandra Celeste e às UPAs.	2011 - 2013
Reativar 05 leitos em saúde mental, para criança e adolescente, no Hospital de Pediatria da UFRN.	2011 - 2013

Organizar e implantar a urgência, emergência e regulação em saúde mental sob gestão municipal, envolvendo o SAMU e as UPAs;	2010 - 2013
Implantar o apoio matricial em saúde mental na Atenção Básica, especialmente na ESF, envolvendo as equipes dos NASFs, CAPS, Policlínicas e ambulatórios especializados em saúde mental.	2011 - 2012
Ampliar para dois turnos o ambulatório da Ribeira, contribuindo com a otimização do fluxo na Atenção em Saúde Mental.	2011 - 2013
Organizar a Rede da SMS, com vistas a integração e articulação da Rede de Serviços em Saúde Mental com os demais Serviços de Saúde da SMS, particularmente a Rede de Atenção Básica, as Unidades de Emergência, Centros de Especialidades e CAPS, inclusive definindo as atribuições de cada Unidade e o fluxo de referência e contra-referência.	2011 - 2013
Implantar ações de Atenção à Saúde Mental na Rede de Atenção Básica de Saúde, garantindo apoio matricial.	2011 - 2012
Reduzir em 30% o percentual de internações psiquiátricas de Residentes no Município, passando de 5% em 2009 para 3,5% em 2013.	2011 - 2013
Municipalizar o Pronto-Socorro do Hospital João Machado	2011 - 2013

### 13.2.5 Diretriz 1.5. Atenção Especializada em Saúde

#### Prioridade 1: Atenção Ambulatorial Especializada

Metas	Período
Implantar o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD).	2011 - 2013
Realizar com o apoio do PAD uma oficina anual sobre Tecnologia Assistida para Cuidadores de Idosos e Portadores de Necessidades Especiais.	2011 - 2013
Monitorar a contratação/contratualização dos hospitais sob gerência estadual e gestão municipal, a partir da definição de metas fixadas em Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos e Plano Operativo.	2011 - 2013
Manter atendimento de 100% das chamadas da população do Município, reguladas pelo SAMU 192.	2011 - 2013
Implantar 04 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), enquanto Unidade da Rede Própria, com Gestão Pública e funcionamento 24 horas.	2011 - 2013
Redefinir o desenho da Rede de Atenção à Urgência/Emergência, priorizando a estruturação da Rede Própria, através de Gestão Pública .	2011 - 2013

Viabilizar a criação de Consórcio Intermunicipal com co-financiamento dos Municípios pactuantes, garantindo a estruturação de Serviços Públicos na Rede Própria do SUS, principalmente os Serviços que a rede complementar não se dispõe a realizar com valores da tabela SUS.	2011 - 2013
Priorizar a contratualização de serviços especializados com os hospitais e ambulatórios da Rede Pública Estadual e Federal, com Gestão Pública, de forma a reduzir 50% dos gastos de recursos ordinários do orçamento municipal com o pagamento de complementação da tabela SUS.	2011 - 2013
Implantar aparelhos de tele-eletrocardiografia digital em 100% das Policlínicas e ambulatórios especializados com gestão pública municipal.	2011 - 2012
Garantir o atendimento de 100% dos serviços pactuados na PPI.	2011 - 2013
Implantar/Implementar o RAC (Recepção, Acolhimento e Classificação de Risco) em 100% da rede municipal hospitalar e maternidades.	2011 - 2013
Aumentar em 20% a oferta de exames gráficos e de imagem com vistas ao fortalecimento do apoio diagnóstico.	2011 - 2013
Implantar uma Central de Armazenamento e Distribuição (abastecimento geral e assistência farmacêutica), obedecendo aos parâmetros das legislações sanitárias vigentes.	2011 - 2013
Ampliar a oferta de exames de imagem e diagnóstico, particularmente, ultrassonografia, raio-X e ecocardiograma na Rede Própria da SMS.	2011 - 2013
Ampliar a oferta de exames de imagem e diagnóstico, especialmente a ressonância magnética e a tomografia computadorizada, realizados na Rede Própria do SUS, priorizando o Hospital Universitário Onofre Lopes.	2011 - 2013
Implantar uma Policlínica com Gestão Pública no Distrito Sanitário Norte I	2011 - 2013

### 13.2.6 Diretriz 1.6. Assistência Farmacêutica

Metas	Período
Criar o Departamento de Assistência Farmacêutica e Assistência Laboratorial.	2011 - 2013
Implantar e atualizar, anualmente, a relação municipal de medicamentos (REMUME).	2011 - 2013
Redefinir comissão permanente de parecer técnico da assistência farmacêutica com especialistas da área, necessariamente profissionais de carreira do quadro efetivo do SUS, instituindo, preferencialmente,	2011

gratificação específica para os componentes.	
Estruturar o ciclo logístico da assistência farmacêutica, garantindo o recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos que constam na REMUME.	2011
Lotar farmacêutico em 100% das Unidades dispensadoras de medicamentos, conforme legislação vigente.	2011 - 2012
Capacitar 100% dos profissionais da Rede de Serviços sobre a política de medicamentos e a gestão da assistência farmacêutica no Município.	2011 - 2013
Realizar anualmente 02 campanhas educativas que contemplem Servidores e Usuários para promoção do uso racional de medicamentos.	2011 - 2013
Informatizar o ciclo logístico da Assistência Farmacêutica através de Programas do Ministério da Saúde.	2011 - 2013
Garantir a dispensação dos insumos e medicamentos preconizados nos Protocolos Assistenciais do MS e da SMS.	2011 - 2013
Realizar estudo epidemiológico e de demanda de medicamentos pela Rede de Serviços, para subsidiar a programação e compra desses medicamentos.	2011 - 2012
Garantir os medicamentos e insumos para 100% dos Usuários portadores de patologias, cadastrados nos programas especiais, contemplando também o paciente crônico domiciliar sem ação judicial.	2011 - 2013
Realizar um estudo anual sobre a necessidade de medicamentos e insumos relativos às demandas atendidas através da ouvidoria ou ações judiciais.	2011 - 2012
Elaborar protocolos assistenciais para as situações não contempladas em protocolos já existentes (asma e crônico domiciliar).	2011 - 2013
Designar um farmacêutico, do quadro de pessoal efetivo do SUS, para coordenar a assistência farmacêutica em cada Distrito Sanitário.	2011
Suprir e regularizar o abastecimento de 100% das Unidades de Saúde, com medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos médicos, hospitalares, odontológicos e laboratoriais, conforme modalidade de assistência.	2011 - 2013
Aumentar em 30% o quantitativo de estagiários do ensino superior de farmácia, através dos projetos institucionais de integração ensino-serviço, priorizando as Universidades Públicas.	2011 - 2013
Ampliar o número de profissionais da Rede de Assistência Farmacêutica, acrescentando 60 Farmacêuticos e 40 Auxiliares de Farmácia.	2011 - 2012

### 13.2.7 Diretriz 1.7. Assistência Laboratorial

Metas	Período
Reestruturar a Política da Assistência Laboratorial, conforme a legislação vigente (RDC 302, RDC 50 e PGRSS).	2011 - 2013
Designar um farmacêutico bioquímico para compor a comissão de parecer técnico.	2011
Ampliar o laboratório municipal de referência, implantando o Serviço de Microbiologia.	2011 - 2012
Implantar 3 Unidades no Distrito Sanitário Sul e 3 no Distrito Sanitário Leste, para realização de sorologia da testagem pré-natal ,pela metodologia do papel filtro.	2011 - 2013
Reestruturar, equipar e garantir adequada manutenção dos 4 Laboratórios Distritais localizados nas Policlínicas, no sentido de garantir seu bom funcionamento, preservando o seu caráter de Unidade Pública com Gestão Pública.	2011 - 2012
Reativar pelo menos 03 postos de coleta por Distrito, proporcionando um aumento da oferta do serviço à população.	2011
Ampliar o número de profissionais do quadro efetivo da Rede Laboratorial, acrescentando 60 bioquímicos e 40 técnicos de laboratório.	2011 - 2012

### 13.2.8 Diretriz 1.8. Vigilância em Saúde – Ações integradas de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária, Saúde do Trabalhador e Controle de Zoonoses

#### Prioridade 1: Vigilância Epidemiológica

Metas	Período
Alimentar e manter atualizado os Sistemas de Informação de Vigilância em Saúde (SIM, SINAN, SINASC, API, SISAGUA e SISOLO).	2011 - 2013
Manter abaixo de 3% o percentual de óbitos por causa básica mal definida em relação ao total de óbitos notificados.	2011 - 2013
Investigar, no mínimo, 90% dos óbitos de mulheres em idade fértil.	2011 - 2013
Investigar, no mínimo, 70% dos óbitos infantis e fetais, anualmente.	2011 - 2013
Implantar o Centro de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde (CIEVS), em regime de 24 horas, visando à detecção oportuna,	2011 - 2013

investigação e respostas às emergências epidemiológicas.	
Assegurar, anualmente, a meta de 95% de cobertura da vacina de rotina rotavírus, em menores de 01 ano.	2011 - 2013
Assegurar, anualmente, a meta de 95% de cobertura da vacina de rotina tríplice viral, em menores de 01 ano.	2011 - 2013
Assegurar, anualmente, a meta de 95% de cobertura da vacina de rotina tetravalente, em menores de 01 ano.	2011 - 2013
Assegurar, anualmente, a meta de 95% de cobertura da vacina de rotina poliomielite, em menores de 01 ano.	2011 - 2013
Assegurar, anualmente, a meta de 95% de cobertura da vacina de rotina hepatite B, em menores de 01 ano.	2011 - 2013
Atingir, anualmente, 80% de cobertura vacinal nas campanhas do idoso.	2011 - 2013
Atingir, anualmente, 95% de cobertura nas campanhas de vacinação da poliomielite.	2011 - 2013
Atingir, anualmente, 60% de cobertura vacinal de Hepatite B, na faixa etária de 01 a 24 anos.	2011 - 2013
Capacitar profissionais de 50% das Unidades de Saúde quanto à notificação das violências.	2011 - 2013
Monitorar as principais doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência no Município.	2011 - 2013

## Prioridade 02: Vigilância Ambiental

Metas	Período
Cadastrar 100% das fontes de abastecimento de água para consumo humano.	2011 - 2013
Monitorar os Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas.	2011 - 2013
Investigar 100% dos surtos ocasionados por doenças de veiculação hídrica, de forma integrada entre as vigilâncias.	2011 - 2013
Cadastrar novas áreas susceptíveis a solo contaminado.	2011 - 2013
Priorizar uma área cadastrada pelo Programa de Vigilância do Solo, para desenvolver atividades educativas.	2011 - 2013
Realizar inspeção em 50% dos abrigos utilizados para acolhimento da	2011 - 2013

população em casos de ocorrência de desastres (alagamentos, deslizamento de terra, e etc.).	
Realizar inspeção em 100% das Unidades de Saúde atingidas por desastres (alagamentos, incêndio, etc.).	2011 - 2013
Elaborar 01 Relatório Diagnóstico, anualmente, sobre os efeitos da poluição atmosférica na saúde da população.	2011 - 2013

### Prioridade 03: Vigilância da Saúde do Trabalhador

Metas	Período
Notificar 100% dos agravos ocupacionais através do SINAN.	2011 - 2013
Implantar ações de vigilância dos ambientes e dos processos de trabalho, em 2% das Instituições Públicas e Privadas do Município de Natal.	2011 - 2013
Capacitar 100% dos profissionais das Unidades Sentinelas para o diagnóstico de agravos relacionados ao trabalho.	2011 - 2013
Estabelecer o fluxo do Usuário, com agravos relacionados ao trabalho na Rede de Serviços, para as Unidades Sentinelas de Referência em Saúde do Trabalhador.	2011 - 2012
Reestruturar a Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CIST), garantindo seu caráter de comissão intersetorial, vinculada ao CMS-Natal-RN, a fim de garantir a participação do Controle Social nas ações de Saúde do Trabalhador.	2011 - 2012

### Prioridade 04: Vigilância Sanitária

Metas	Período
Atualizar e publicar o Código Sanitário Municipal, garantindo ampla discussão com a sociedade, através dos Conselhos de Saúde, consultas e audiências públicas	2011 - 2012
Investigar, anualmente, 100% dos surtos e eventos adversos notificados nas diversas áreas de atuação da VISA.	2011 - 2013
Inspeccionar, anualmente, 100% das Indústrias de Alimentos e Serviços de Comissária.	2011 - 2013
Inspeccionar, anualmente, no mínimo 20% do comércio de alimentos.	2011 - 2013

Inspecionar, anualmente, 20% dos produtores artesanais de produtos de origem vegetal, cadastrados na Vigilância Sanitária.	2011 - 2013
Inspecionar, anualmente, 100% dos Serviços de Saúde e Estabelecimentos Farmacêuticos de alta complexidade.	2011 - 2013
Inspecionar, anualmente, 60% dos Laboratórios de Análises Clínicas.	2011 - 2013
Inspecionar, anualmente, 50% dos Postos de Coleta para Análises Clínicas.	2011 - 2013
Inspecionar, ao ano, 10% dos Estabelecimentos de Estética e Beleza.	2011 - 2013
Inspecionar, por Distrito Sanitário, no mínimo 40% das Academias de Ginástica e práticas de artes marciais no Município.	2011 - 2013
Inspecionar, ao ano, 20% dos Estabelecimentos de Cosméticos, Saneantes e Produtos Domissanitários.	2011 - 2013
Inspecionar, ao ano, 70% das Óticas, Clínicas e Consultórios Médicos e Paramédicos, Clínicas/Consultórios Odontológicos.	2011 - 2013
Inspecionar, ao ano, 100% dos Estabelecimentos de Controle de Pragas e Vetores, Estações Rodoviárias e Ferroviárias.	2011 - 2013
Inspecionar, ao ano, 50% dos Serviços de Lavanderias, Hotéis e Pousadas, Motéis, Clubes e Piscinas de uso coletivo.	2011 - 2013
Inspecionar, ao ano, 100% dos Estabelecimentos de Ensino Fundamental.	2011 - 2013
Inspecionar, ao ano, 10% dos Serviços de Borracharias, Sucatarias, Oficinas e Condomínios.	2011 - 2013
Realizar ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho em 10% dos estabelecimentos constantes na Programação das Ações de Vigilância em Saúde - PAVS, em parceria com CEREST e demais serviços de Vigilância à Saúde.	2011 - 2013
Realizar 05 cursos anuais de capacitação para profissionais das áreas de Vigilância Sanitária.	2011 - 2013

**Prioridade 05: Controle de Zoonoses**

Meta	Período
Realizar, anualmente, inquérito canino, em 100% das áreas de risco estratificadas epidemiologicamente.	2011 - 2013
Realizar, anualmente, investigação entomológica, em 100% das áreas estratificadas epidemiologicamente.	2011 - 2013
Realizar mobilização social anual sobre controle e prevenção em áreas com transmissão de leishmaniose visceral.	2011 - 2013
Realizar 100% de eutanásia nos cães positivos para leishmaniose visceral.	2011 - 2013
Realizar inquérito censitário para esquistossomose, nas áreas endêmicas, a cada 02 anos.	2011 - 2013
Realizar levantamento malacológico nos corpos hídricos de importância epidemiológica, anualmente.	2011 - 2013
Vacinar, anualmente, no mínimo 80 % da população canina.	2011 - 2013
Efetuar bloqueio de foco em 100% dos casos positivos para raiva.	2011 - 2013
Realizar a vigilância da raiva, enviando amostras de 0,2% da população canina, anualmente.	2011 - 2013
Investigar 100% dos acidentes com animais peçonhentos, notificados.	2011 - 2013
Realizar mobilização anual em áreas com alto índice de acidentes com animais peçonhentos.	2011 - 2013
Realizar ações de controle e manejo, em 100% dos domicílios visitados, com presença de animais peçonhentos.	2011 - 2013
Realizar bloqueio de transmissão em 100% das áreas com caso suspeito para leptospirose.	2011 - 2013
Controlar população de roedores em 100% das áreas de risco epidemiológico.	2011 - 2013
Monitorar o Culex em 50% das lagoas de importância entomológica.	2011 - 2013
Controlar tungíase em 20% das áreas endêmicas.	2011 - 2013
Realizar monitoramento do caramujo africano em 100% das áreas de risco cadastradas.	2011 - 2013
Reduzir a menos de 1% o índice de infestação predial de Aedes Aegypti	2011 - 2013

nos bairros da Cidade.	
Reduzir para 10% o índice de pendências de visitas sanitárias em imóveis não trabalhados.	2011 - 2013
Estruturar o Centro de Controle de Zoonoses, dotando-o da capacidade operacional necessária ao atendimento das demandas.	2011 - 2013

### 1.8. Promoção à Saúde

Metas	Período
Elaborar e implantar um plano de prevenção e controle ao tabagismo no Município.	2011
Fortalecer e implantar grupos operativos, para adoção de hábitos de vida saudável, em 80% da Rede de Atenção Básica de Saúde, enfatizando a prevenção e controle da obesidade, dentre outras medidas.	2011 - 2013
Divulgar o “Guia de Alimentação Saudável para a População Brasileira” junto à população residente em Natal-RN, especialmente junto aos Usuários do SUS e Trabalhadores em Saúde.	2011 - 2013
Elaborar um plano de ação intersetorial de prevenção às violências (doméstica, sexual, bullying, entre outras).	2011- 2013
Elaborar um plano de ação intersetorial de prevenção aos acidentes de trânsito, na perspectiva de um Município Saudável.	2011 - 2013
Implantar ações de promoção à saúde na Atenção Básica ,relacionadas à prevenção do uso abusivo de Álcool e outras Drogas.	2011 - 2013
Elaborar e implantar a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares.	2011
Implantar Programa de Educação Sanitária sobre a temática de alimentação saudável, conforme previsto no PVAS.	2011 - 2013
Promover ações educativas de promoção à saúde, objetivando a redução do consumo de sódio, açúcar e gordura, em 100% da Rede de Serviços de Saúde.	2011 - 2013

### 13.3 Eixo 02: Gestão Estratégica e Participativa no SUS

#### Objetivo

Aprimorar as práticas em saúde pautadas em um modelo democrático e participativo caracterizado pelo planejamento e financiamento, potencializando os recursos disponíveis na prestação de serviços, otimizando e ampliando a estrutura física e tecnológica voltada para qualificação da gestão.

#### 13.3.1 Diretriz 2.1. Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde

##### Prioridade: Gestão de Pessoas e Educação Permanente

Metas	Período
Realizar 2 concursos públicos para suprir a necessidade do quadro funcional de pessoal efetivo da SMS.	2011 - 2013
Realizar concurso público para assegurar a lotação de pessoal do quadro efetivo para o pleno funcionamento das Unidades de Urgência/Emergência da Rede Municipal, especialmente as UPAs.	2011 - 2013
Implantar, em 2011, o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde, garantindo a sua implementação.	2011
Implantar a avaliação de desempenho dos trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde.	2011 - 2012
Reativar, imediatamente, a Mesa Municipal de Negociação Permanente em Saúde.	2011
Estruturar o Sistema de Informações da Força de Trabalho, de forma a integrar em rede os diversos níveis da SMS (Nível Central, Distritos e Unidades de Saúde)	2011 - 2012
Efetivar, em 2011, a Política de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS, aprimorando a qualificação para a assistência à população.	2011
Implantar/implementar uma política de valorização dos trabalhadores em saúde, orientada pela humanização e qualificação do trabalho.	2011 - 2013
Efetivar a política de integração ensino-serviço com Órgãos formadores (Universidades, Faculdades, Escolas Técnicas).	2011

Realizar um diagnóstico para identificar a necessidade de qualificação dos profissionais das Unidades de Saúde.	2011
Criar cargos de Técnicos de Laboratórios, necessários ao funcionamento da Rede Pública Municipal.	2011 - 2012
Criar cargo de Técnico em Saúde Bucal (TSB).	2011 - 2012

### 13.3.2 Diretriz: 2.2- Gestão de Insumos e de Infra-Estrutura

Metas	Período
Construir Unidades de Saúde, para substituição dos prédios locados por sedes próprias, sendo, no mínimo, 03 Unidades com recursos próprios.	2011 - 2013
Construir 9 Unidades Básicas de Saúde para expansão da Estratégia Saúde da Família, através do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).	2011 - 2013
Construir um Hospital Geral Municipal de Natal-RN, garantindo à população o direito à realização de cirurgias eletivas.	2011 - 2013
Comprar imóveis para fins de funcionamento das Unidades de Saúde e Sede dos Distritos Sanitários, de forma a garantir a substituição dos prédios locados por sedes próprias.	2011 - 2013
Os Prédios públicos, de propriedade do Município de Natal-RN, tanto os adquiridos e recém-construídos quanto os reformados, devem ser destinados, exclusivamente, ao funcionamento de Unidades Públicas de Saúde com Gestão Pública.	2011 - 2013

### 13.3.3 Diretriz: 2.3 - Gestão de Recursos Financeiros

Metas	Período
Participar, de forma tripartite, do financiamento do sistema de saúde, cumprindo o percentual constitucional, na perspectiva da ampliação gradual da aplicação de recursos na assistência à saúde, priorizando a Rede Pública de Saúde.	2011 - 2013
Desenvolver política de gestão financeira participativa, a partir da priorização de recursos para investimento, visando equidade e eficiência da gestão.	2011 - 2013
Aumentar, anualmente, em 5%, os recursos financeiros em despesas de capital, prevendo ampliação, reforma e construção de Unidades de Saúde e aquisição/manutenção de equipamentos.	2011 - 2013

### 13.3.4 Diretriz: 2.4- Planejamento e Informação em Saúde

Metas	Período
Construir as propostas do Plano Anual e programação orçamentária anual, com a participação dos profissionais da Rede de Serviços.	2011 - 2013
Participar da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e instituir, em consonância, o Plano Diretor de Investimento (PDI).	2011 - 2013
Realizar avaliação anual do Plano Municipal de Saúde.	2011 - 2013
Elaborar a programação anual relativa ao Plano Municipal de Saúde.	2011
Monitorar e avaliar anualmente a Programação Pactuada e Integrada.	2010 - 2013
Elaborar e publicar o regimento interno da Secretaria Municipal de Saúde.	2011 - 2012
Divulgar os instrumentos de gestão (RAG, Plano Municipal de Saúde, PAS, PPA e QDD) para toda a Rede Municipal de Saúde.	2011 - 2013
Implantar salas de situação, sistematizando sua utilização/atualização, nos 03 níveis da gestão (Serviços de Saúde, Distritos e Nível Central).	2011 - 2013
Implementar o sistema de comunicação informatizado, utilizando a conectividade entre os diversos serviços e setores da Secretaria Municipal de Saúde.	2011 - 2013
Investir na informatização da rede, dotando cada Unidade Básica de Saúde de, no mínimo, 2 computadores (1 para o setor administrativo e outro para os sistemas de informação), e nas demais Unidades, conforme a necessidade.	2011 - 2013
Implementar a conectividade na Rede de Serviços de Saúde.	2011 - 2012
Disponibilizar no site da PMN informações em saúde (morbidade, mortalidade, nascidos vivos, entre outras).	2011 - 2013

### 13.3.5 Diretriz: 2.5 - Regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS

Metas	Período
Estruturar o Complexo Regulatório Municipal, visando à implementação da Política Municipal de Regulação.	2011 - 2013
Monitorar 100% dos prestadores públicos e privados contratados.	2010 - 2013

Atualizar, regularmente, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos Prestadores de Saúde, bem como a Ficha de Programação Orçamentária das Unidades de Saúde (FPO).	2011 - 2013
Melhorar o acesso do Usuário ao Sistema de Regulação.	2011 - 2013
Implantar o Sistema Municipal de Ouvidoria do SUS, para apurar 100% das denúncias encaminhadas.	2011
Realizar auditorias analíticas e operativas, de forma sistemática, em 100% da Rede Municipal de Saúde (própria e referenciada).	2011 - 2013
Criar a carreira de Auditor, no quadro de efetivo da SMS, e realizar concurso público para Auditor.	2011 - 2013

### 13.3.6 Diretriz: 2.6- Controle Social, Participação, Educação Popular e Ouvidoria do SUS

Metas	Período
Garantir qualificação anual ao Conselheiro Municipal de Saúde e membros dos movimentos sociais integrantes do Controle Social do SUS, na perspectiva da educação permanente.	2011 - 2013
Republicar a Portaria de funcionamento dos Conselhos Gestores de Unidades e Serviços de Saúde, conforme deliberação do Conselho Municipal de Saúde Natal-RN (CMS-Natal-RN).	2011
Reativar 100% dos Conselhos Gestores de Unidades de Atenção Básica.	2011 - 2012
Implantar 100% dos Conselhos de Unidades de âmbito distrital e municipal.	2012
Implantar os Conselhos Gestores de Unidades e Serviços Privados e Filantrópicos conveniados com o SUS e localizados no Município de Natal-RN.	2012 - 2013
Assegurar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e as ações de controle social, propiciando a aquisição de materiais, equipamentos, infra-estrutura física e de pessoal.	2011 - 2013
Garantir a prestação de contas trimestral e anual ao Conselho Municipal de Saúde de Natal-RN (CMS-Natal-RN).	2011 - 20013
Garantir a plena participação do CMS no processo de elaboração dos Planos de Saúde, Previsão Orçamentária e Programação Orçamentária.	2011 - 2013

Criar mecanismos para agilizar e desburocratizar o acesso dos Conselhos e Conselheiros de Saúde a documentos e informações necessários ao pleno exercício do Controle Social do SUS no Município.	2011 - 2013
Realizar Conferência Municipal de Saúde de Natal-RN, de acordo com a legislação vigente, calendário e demais deliberações dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo (Municipal, Estadual e Nacional).	2011
Efetivar a Política de Educação Popular em Saúde, garantindo recursos materiais, tecnológicos e metodológicos, envolvendo profissionais e representantes dos Usuários do SUS e a garantia de 10% dos recursos destinados a cada política específica.	2011 - 2013
Elaborar e implantar um plano de Educação Popular em Saúde.	2011 - 2013
Promover a divulgação da Cartilha dos Direitos dos Usuários nos Serviços de Saúde.	2011 - 2013
Atualizar e divulgar o desenho da Rede das Ações e Serviços do Sistema Municipal de Saúde a toda a Sociedade.	2011 - 2013
Participar mensalmente das reuniões do Colegiado de Gestão Regional (CGR).	2011 - 2013
Apoiar o CMS para implantar canais de comunicação com entidades e movimentos social, sindical e popular, possibilitando a formação e ampliação de consensos em torno de interesses coletivos.	2011 - 2013
Criar e manter fóruns interinstitucionais, com participação de outras secretarias e equipamentos sociais, para discussão de interesses coletivos de áreas programáticas, envolvendo representantes de Usuários, Prestadores e Profissionais.	2011 - 2013

#### Iniciativas transetoriais para sustentabilidade das Políticas de Saúde

Metas	Período
Criar um fórum interinstitucional para o acompanhamento dos projetos de desenvolvimento sustentável integrado da cidade.	2011 - 2013
Promover espaços de monitoramento e avaliação (M&A), prevendo a integração e alinhamento das metas previstas nos instrumentos de gestão e pactuação.	2011 - 2013

# 14. VIABILIDADE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE



## 14 VIABILIDADE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A garantia de sustentabilidade das proposições aqui apresentadas pressupõe que os processos estejam integrados, concatenando os esforços que buscam dar materialidade às ações.

O sistema de planejamento do SUS – PlanejaSUS, com fundamento na diretiva constitucional quanto à planificação em saúde e no que preceitua a Lei Orgânica da Saúde, estabelece como base normativa, em especial:

- Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o PlanejaSUS;
- Portaria nº 3.332, do dia 28 subsequente, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema e revoga a Portaria nº 548/2001 (“Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”);
- Portaria nº 1.229, de 24 de maio de 2007, que aprova orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão do SUS;
- Portaria nº 1.885, de 9 de setembro de 2008, que institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.

Definiu-se, assim, os três instrumentos básicos de planejamento: Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão.

A programação anual passa a figurar como módulo operativo para propiciar exequibilidade e a conseqüente materialidade às metas, detalhando as estratégias para alcance dos resultados, como também os responsáveis, prazos e recursos para sua viabilização.

Além dessa manifestação de intenções é imprescindível a transversalização dos instrumentos utilizados pelo SUS com os planos e projetos da Gestão Municipal, articulados em uma verdadeira “Política Pública Saudável”.

O PPA, a LDO, as LOAs e outras proposições necessitam de interação dialógica, bem como do exercício do controle social e da gestão participativa.

O monitoramento e avaliação das ações deverão estar articulados de modo a acompanhar e aferir produtos, processos de formulação e aplicação dos

instrumentos, bem como os resultados que se pretendem alcançar enquanto impacto no cenário de intervenção.

A intersetorialidade como caminho estratégico também confere à planificação um caráter mais sólido, devendo ser promovida nos mais diversificados espaços, desde a formulação de intenções até a manutenção de agendas combinadas entre os órgãos envolvidos na transformação da realidade que se pretende empreender.

Sem dúvida, envolver os organismos de controle e fiscalização tanto do SUS como da iniciativa pública constitui um desafio, uma vez que sendo estritamente necessária a atuação desses atores sociais, ainda são poucas as experiências de construção dialógica de ações. Pois muitas vezes, a seara de luta provoca a divergência entre os partícipes, o que nem sempre tem avançado no sentido de concretização de propostas viáveis.

Nesse sentido, requer investir e insistir na ampla participação social propositiva, fortalecendo o controle social do SUS, principalmente o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos de Unidades de Saúde, estimulando sua atuação em todas as fases do processo de planejamento, aperfeiçoando os mecanismos de acompanhamento, monitoramento, avaliação e fiscalização, com vistas ao alcance das metas, efetividade e resolutividade das ações e o combate ao desperdício, fraudes, desvios e a má aplicação dos recursos públicos.

Enfim, almeja construir estratégias que viabilizem o fortalecimento do SUS com gestão pública, desencadeando esforços que promovam os meios de tornar efetivas essas proposições submetidas à apreciação da sociedade.

# 15. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO



## 15 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

É imprescindível que as ações de monitoramento e avaliação integrem o ciclo do planejamento. O PlanejaSUS editou uma série de materiais de orientação bibliográfica, com caráter técnico-metodológico e operativo, dentre eles, destaca-se aqui o volume que discorre sobre a temática em questão. Quanto à avaliação, têm-se a seguinte compreensão:

“A avaliação deve ser entendida como um processo permanente, destinado, principalmente, a manter sob controle a execução do Plano de Saúde em direção aos objetivos propostos.

Nesse sentido, não se esgota apenas na avaliação dos resultados alcançados em um determinado momento.

Trata-se de uma atividade contínua, inerente e necessária ao exercício da função gerencial e para a qual podem ser usados distintos mecanismos e procedimentos.” (*PlanejaSUS, Caderno 2, página 37*)

Em primeira mão, avaliar significa atribuir valor, assumindo um caráter de ponderação sobre o objeto que se pretende apreciar, neste caso, as formulações do Plano em sua temporalidade quadrienal. Desta forma, permite averiguar e corrigir caminhos verificando os efeitos gerados do processo de trabalho definido.

Também não se pode deixar de considerar a importância do controle freqüente das operações, acompanhando os passos deflagrados na programação estabelecida. Esse processo é conhecido como monitoramento. O Ministério da Saúde (2006, 11) através do Núcleo Técnico da PNH, assim o define:

“O monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando-se como base o que um projeto (ou equivalente) estabelece como metas de sua implementação (planejamento). Refere-se ao acompanhamento, avaliação, e monitoramento de objetivos e metas alcançadas com uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). É feito na rotina dos serviços, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos. Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem significar/representar os processos instalados e/ou produtos obtidos”.

A rotina a ser estabelecida para tal atitude pode se coadunar com aquela definida na legislação que trata da apresentação das contas da Gestão em Saúde para averiguação dos órgãos que exercem o controle social. Uma vez que existe a obrigatoriedade de revelar de modo inteligível os elementos balizadores da política de saúde local, convém aproveitar essa dinâmica estabelecida. Para tanto, a Lei nº 8.689/1993, postula claramente:

“Art. 12. O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada”.

Aproveitando esse momento em que se dirige um olhar para a execução das políticas, a Gestão deve investir na mobilização de seu corpo técnico, com atuação na atenção/assistência, como também na gerência, para promover uma análise crítico-reflexiva sobre as práticas adotadas e quais os caminhos, produtos e resultados demandados dessa atuação coordenada, estabelecida na programação.

Com efeito, há que se produzir uma gama de instrumentos e processos de apoio para que esse cenário se consolide. É importante citar que o SUS dispõe, desde a edição do Pacto pela Saúde, de um excelente documento referencial, o Pacto pela Vida, acrescido a partir do biênio 2010 - 2011, de metas específicas da Vigilância em Saúde, necessariamente ancoradas nas propostas calcadas no modelo de atenção e no TCGM assinado e consagrado como norteador da direção do SUS, no espaço de orientação das práticas do administrador da Política Pública.

Assim, o relatório de prestação de contas trimestral apresenta o que está assegurado na lei (recursos financeiros, produção ambulatorial /hospitalar e auditorias do SUS), podendo ser enriquecido com outras informações consideradas relevantes pela Gestão local, moldado sob a forma de um instrumento de análise e proposição para cumprir com o que está defendido no plano (PMS 2010 a 2013), bem como metas resultantes do Pacto da Saúde, apreciados pelo CMS-Natal-RN.

O documento que vai nortear o Relatório Anual de Gestão (RAG) é a programação anual, pois estabelece as metas que no período de um exercício administrativo-financeiro e civil deverão ser cumpridas como recurso para o alcance do escopo dos planos de médio prazo (PMS e PPA, por exemplo).

Sinteticamente, a conciliação entre os diversos instrumentos e processos disponíveis e aqueles que podem ser criados ou (re) estruturados se constitui um desafio que diuturnamente estará presente na agenda de compromissos do Gestor, dos Técnicos, dos Órgãos de Fiscalização e Controle e de toda a sociedade organizada. Com isso, busca-se a “institucionalização” das ações de Monitoramento e Avaliação (M&A).

Para tanto, a SMS-Natal-RN se compromete a realizar a apresentação de relatórios de gestão e da prestação de contas trimestral e anual, apoiando ações e medidas que possibilitem ampla divulgação e discussão, bem como a realização de oficinas, seminários de avaliação e audiências públicas, em parceria com o CMS-Natal-RN, o Ministério Público, FÓRUM em Defesa do SUS e as Entidades Representativas do conjunto dos Trabalhadores em Saúde.

# 16. REFERÊNCIAS



## 16 REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL, Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. Anuário Natal 2009. Natal: Departamento de Informação, Pesquisa e Estatística, 2009, 402 p.

TAUCHER, E. Mortalidad infantil en Chile: tendencias, diferenciales y causas. Santiago de Chile, Centro Latino Americano de Demografía, 1979.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3.<sup>a</sup> ed. Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p.

# 17. APÊNDICE



## 17 APÊNDICES

### APÊNDICE A: Rede própria de serviços da SMS, segundo distrito sanitário. Natal/RN – 2009. Natal/RN-2009

Unidade	Distrito Sanitário					Total
	Norte I	Norte II	Sul	Leste	Oeste	
Unidade Básica de Saúde	14	12	9	10	11	56
Policlínica	1	1	2	1	0	5
Policlínica Norte (Asa Norte)	1					1
Policlínica Sul (Neopólis)		1				1
FENAT			1			1
Policlínica Leste (Dr. Carlos Passos)			1			1
Policlínica Oeste (Cidade da Esperança)				1		1
Clínica Especializada	-	2	-	5	2	9
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	-	1	-	2	2	5
Clínica Especializada em Odontologia	-	1	-	1	-	2
Centro de Referência de Atenção ao Idoso	-	-	-	1	-	1
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	-	-	-	1	-	1
Pronto Socorro Especializado	-	-	-	-	1	1
Pronto Atendimento Infantil Dra. Sandra Celestre	-	-	-	-	1	1
Unidade Mista	-	-	-	-	2	2
Unidade Mista Felipe Camarão					1	1
Unidade Materno Infantil de Saúde das Quintas					1	1
Hospital Especializado/Maternidade	-	1	-		-	1
Hospital e Maternidade Professor Leide Morais		1				1
Hospital Geral	-	-	-	1	-	1
Hospital Municipal de Natal (Hospital dos Pescadores)				1		1
Centro de Controle de Zoonoses	-	1	-	-	-	1
Serviço Atendimento Móvel às Urgências (SAMU)	-	-		-	1	1
Programa de Acessibilidade Especial – PRAE					1	
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>78</b>

Fonte: SMS/ASPLAN

## APÊNDICE B: Produção ambulatorial da rede de serviços conveniada ao SUS - Atenção Básica

Produção ambulatorial da rede básica de serviços do SUS. Natal/RN-2009

Sub-grupo	Quantidade anual apresentada	Média mensal
<b>01-AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE</b>	<b>1.545.361</b>	<b>128.780</b>
..0101-Ações coletivas/individuais em saúde	1.545.361	128.780
<b>02-PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>	<b>124.879</b>	<b>10.407</b>
..0201-Coleta de material	117.740	9.812
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	6.928	
..0214-Diagnóstico por teste rápido	211	18
<b>03-PROCEDIMENTOS CLÍNICOS</b>	<b>260.017</b>	<b>188.335</b>
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	1.072.128	89.344
Consultas médicas	1.019.958	84.997
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades	65	5
..0307-Tratamentos odontológicos	167.866	13.989
<b>04-PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS</b>	<b>157.720</b>	<b>13.143</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	98.982	8.249
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	170	14
..0414-Cirurgia oro-facial	58.568	4.881
<b>08-AÇÕES COMPLEMENTARES DA ATENÇÃO À SAÚDE</b>	<b>1.805</b>	<b>150</b>
..0801-Ações relacionadas ao estabelecimento	1.805	150
<b>Total</b>	<b>4.089.782</b>	<b>340.815</b>

Fonte: MS, Datasus/SIA

## APÊNDICE C: Produção ambulatorial da rede de serviços conveniada ao SUS - Média e alta complexidade

Produção ambulatorial referente aos **procedimentos com finalidade diagnóstica** de média e alta complexidade da rede de serviços conveniados ao SUS, sob gestão municipal. Natal/RN-2009

Especificação	Quantidade anual apresentada	Média mensal
..01 Coleta de material	2.855	238
....01 Coleta material(punção/biópsia)	2.855	238
..02 Diagnóstico em laboratório clínico	2.648.935	220.745
....01 Exames bioquímicos	1.750.662	145.889
....02 Exames hematológicos e hemostasia	420.411	35.034
....03 Exames sorológicos e imunológicos	87.559	7.297
....04 Exames coprológicos	52.141	4.345
....05 Exames de uroanálise	83.910	6.993
....06 Exames hormonais	39.612	3.301
.07 Exames toxicológico ou de monitoriz terapêutica	755	63
....08 Exames microbiológicos	26.653	2.221
....09 Exames em outros líquidos biológicos	5.284	440
....10 Exames de genética	68	6
....11 Exames para triagem neonatal	163.729	13.644
....12 Exames imunohematológicos	18.151	1.513
..03 Diagnóstico por anatomia patológica e citopat.	115.863	9.655
....01 Exames citopatológicos	97.972	8.164
....02 Exames anatomopatológicos	17.891	1.491
..04 Diagnóstico por radiologia	255.898	21.325
..05 Diagnóstico por ultra-sonografia	53.916	4.493
....01 Ultra-sonograf sist circun(qq reg anatôm)	10.267	856
....02 Ultra-sonografias dos demais sistemas	43.649	3.637
..09 Diagnóstico por endoscopia	8.384	699
..11 Métodos diagnósticos em especialidades	156.908	13.076
....02 Diagn em cardiologia	45.692	3.808
....04 Diagn em ginecologia-obstetrícia	18.499	1.542
....05 Diagn em neurologia	3.730	311
....06 Diagn em oftalmologia	33.858	2.822
....07 Diagn em otorrinolaringologia/fonoaudiolog	50.455	4.205
....08 Diagn em pneumologia	486	41
....09 Diagn em urologia	1.314	110
....10 Diagn em psicologia-psiquiatria	2.874	240
..12 Diagnóstico e proced especiais em hemoterapia	674	56
....01 Exames do doador/receptor	674	56
..14 Diagnóstico por teste rápido	347	29
<b>TOTAL</b>	<b>3.243.780</b>	<b>270.315</b>

Fonte: MS, Datasus/SIA

## Média e alta complexidade

Produção ambulatorial referente aos **procedimentos clínicos** de média e alta complexidade da rede de serviços conveniados ao SUS, sob gestão municipal. Natal/RN-2009

Especificação	Quantidade anual apresentada	Média mensal
<b>..01 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos</b>	<b>2.321.754</b>	<b>193.480</b>
...01 Consultas médicas/outros profiss niv sup	1.009.601	84.133
...02 Atend/Acomp em saúde do trabalhador	303	25
...03 Atendimento pré-hospitalar de urgência	18.196	1.516
...04 Outros atend realizados profiss de niv sup	520.793	43.399
...06 Consulta/Atendimento urgências (em geral)	418.185	34.849
...07 Atend/acomp reabilit fis,ment,vis múlt def	56.870	4.739
...08 Atendimento/Acompanhamento psicossocial	71.564	5.964
...10 atend de enfermagem (em geral)	226.242	18.854
<b>..02 Fisioterapia</b>	<b>118.957</b>	<b>9.913</b>
...04 Assist fisioterap cardiovasc e pneumo-func	1.477	123
...05 Assist fisiot disfunç muscul esquel-tod orig	90.659	7.555
...06 Assist fisioterap nas alterações neurolog	26.821	2.235
<b>..03 Tratamentos clínicos (outras especialidades)</b>	<b>57.197</b>	<b>4.766</b>
...02 Trat doen sang,org hematop, alg transt imun	272	23
...07 Trat de doenç do aparelho digestivo	443	37
...08 Trat de doenç da pele e do tecido subcutân	276	23
...09 Trat de doenç sistosteomusc e tec conjuntiv	56.206	4.684
<b>..06 Hemoterapia</b>	<b>674</b>	<b>56</b>
...02 Medicina transfusional	674	56
<b>..07 Tratamentos odontológicos</b>	<b>15.827</b>	<b>1.319</b>
...02 Endodontia	2.905	242
...03 Periodontia clínica	12.900	1.075
...04 Moldagem/Manutenção	22	2
<b>..09 Terapias especializadas</b>	<b>2.138</b>	<b>178</b>
...03 Terapias do aparelho geniturinário	2.138	178
<b>TOTAL</b>	<b>2.516.547</b>	<b>209.712</b>

Fonte: MS, Datasus/SIA

## Média e alta complexidade

Produção ambulatorial referente aos **procedimentos cirúrgicos** de média e alta complexidade da rede de serviços conveniados ao SUS, sob gestão municipal. Natal/RN-2009

Especificação	Quantidade anual apresentada	Média mensal
..01 Peq cirurg e cirurg pele tec subcutân mucosa	18.820	1.568
....01 Pequenas cirurgias	18.820	1.568
..04 Cirurg vias aéreas superiores cabeça pescoço	6.740	562
....01 Cirurgias de ouvido, nariz e garganta	4.829	402
....02 Cirurgia face e do sistema estomatognomátic	1.911	159
..05 Cirurgia do aparelho da visão	4.869	406
....01 Palpebras e vias lacrimais	553	46
....03 Corpo vítreo, retina, coróide e esclera	419	35
....04 Cavidade orbitária e globo ocular	8	1
....05 Conjtv,córnea,câm ant,íris,corp ciliar,cris	3.889	324
..06 Cirurgia do aparelho circulatório	1.406	117
....02 Cirurgia vascular	1.406	117
..07 Cirurg aparelho digest anexos parede abdomin	321	27
....01 Esôfago, estômago e duodeno	23	2
....02 Intestinos , reto e anus	127	11
....04 Parede e cavidade abdominal	171	14
..08 Cirurgia do sistema osteomuscular	765	64
....01 Cintura escapular	36	3
....02 Membros supes	299	25
....04 Cintura pélvica	263	22
....05 memb inf	43	4
....06 Gerais	124	10
..09 Cirurgia do aparelho geniturinário	985	82
....01 Rim, ureter e bexiga	70	6
....02 Uretra	9	1
....04 Bolsa escrotal, testículos e cordão esperm	13	1
....05 Pênis	397	33
....06 Útero e anexos	433	36
....07 Vagina, vulva e períneo	63	5
..10 Cirurgia de mama	13	1
..11 Cirurgia obstétrica	1.080	90
....01 Parto	1	0
....02 Outras cirurgias rel c/estado gestacional	1.079	90
..12 Cirurgia torácica	141	12
....01 Traqueia e brônquios	1	0
....03 Pleura	32	3
....04 Parede torácica	108	9
..13 Cirurgia reparadora	2	0
..14 Cirurgia oro-facial	6.840	570
....01 Buco-maxilo-facial	275	23
....02 Cirurgia oral	6.565	547
..15 Outras cirurgias	922	77
..17 Anestesiologia	16	1
<b>TOTAL - Procedimentos cirúrgicos</b>	<b>42.920</b>	<b>3576,7</b>

Fonte: MS, Datasus/SIA

### Média e alta complexidade

Produção ambulatorial referente aos **Transplantes de órgãos, tecidos e células** de média e alta complexidade da rede de serviços conveniados ao SUS, sob gestão municipal. Natal/RN-2009

05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	3.205	267
..01 Coleta exames p/doação órgãos tecidos células transpl.	680	57
..06 Acompanhamento e intercorrências pós-transplante	2.525	210
		-

Fonte: MS, Datasus/SIA

Produção ambulatorial referente às **ações de promoção e prevenção em saúde** de média complexidade da rede de serviços conveniados ao SUS, sob gestão municipal. Natal/RN-2009

01 Ações de promoção e prevenção em saúde	Quantidade anual apresentada	Média mensal
..01 Ações coletivas/individuais em saúde	43.238	3.603
....01 Educação em saúde	5.949	496
....04 Alimentação e nutrição	37.289	3.107

Fonte: MS, Datasus/SIA

**APÊNDICE D: Número de casos e taxa de incidência dos agravos de notificação compulsória registrados no município. Natal/RN-2007-2009**

AGRAVOS	2007		2008		2009	
	Casos	Incid.	Casos	Incid.	Casos	Incid.
Acidente por animais peçonhentos	1521	189,7	1774	222,3	2905	360,3
Atendimento anti-rábico	2502	312,1	2275	285,1	2332	289,3
Coqueluche	10	1,2	6	0,8	23	2,9
Criança exposta HIV	-	-	-	0,0	5	0,6
Dengue	1837	229,1	2501	313,4	72	8,9
Difteria	-	-	2	0,3	-	-
Doenças Exantemáticas - Rubéola	5	0,6	5	0,6	-	-
Esquistossomose	96	12,0	63	7,9	45	5,6
Febre Tifóide	2	0,2	3	0,4	1	0,1
Gestante HIV	8	1,0	25	3,1	22	2,7
Hepatites virais	136	17,0	122	15,3	164	20,3
Leishmaniose visceral	35	4,4	55	6,9	44	5,5
Leptospirose	1	0,1	12	1,5	16	2,0
Malaria	-	-	1	0,1	12	1,5
Meningite - sem distinção na suspeita	16	2,0	21	2,6		
Meningite - doenças meningocócicas	15	1,9	8	1,0	18	2,2
Meningite - outras meningites	58	7,2	82	10,3	95	11,8
Sífilis em gestante	64	8,0	58	7,3	42	5,2
Síndrome da rubéola congênita	1	0,1	2	0,2	-	-
Tétano acidental	3	0,4	9	1,1	7	0,9
Varicela	534	66,6	522	65,4	451	55,9

Fonte: SMS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Nota: Incluído os casos de pessoas não residentes e que foram atendidos em Natal

# 18. ANEXOS

**Lista de participantes da construção do PMS**



## 18 ANEXOS

### Lista de participantes da construção do PMS de Natal

#### EIXO 1: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

##### GRUPO 1 : Fortalecimento da Atenção Básica

Atenção Especializada em Saúde  
Promoção à Saúde

**Ana Maria C. Magalhães** - Departamento de Regulação, Aval. e Controle dos Sistemas  
**Ana Maria Ferreira da Silva** - UBS Mãe Luiza  
**Ariane Rose S. de Macedo Oliveira** - Coordenação da Estratégia Saúde da Família  
**Erineide Nogueira Tavares**- Departamento de Atenção Básica  
**Fádia Maria Rosado Nogueira**-Departamento de Atenção Básica  
**Flávia Lima C. Moura**- Departamento de Atenção Especializada  
**Frankleide Maria de Moraes Silva**- USF Igapó  
**Joana Darc Leite**-Departamento de Atenção Básica  
**Joana Maria Dionísio** -  
**Marcos Antonio P. da Silva** - Conselho Municipal de Saúde  
**Maria Dalvaci da Silva Calado**- Distrito Sanitário Oeste  
**Maria de Fátima S. de Souza**- Policlínica Norte  
**Maria Joice B. Loureiro Carvalho**-Coordenação da Estratégia Saúde da Família  
**Marília P. de Medeiros**- Setor de Engenharia  
**Raquel Lima**- Departamento de Atenção Básica  
**Sijara R. P. Nobrega**- Distrito Sanitário Norte I  
**Vera Lúcia da Silva Ferreira**- UBS Quintas  
**Vera Maria Martins de Castro**- Coordenação da Estratégia Saúde da Família  
**Wilson Dantas** - Departamento de Atenção Básica

##### GRUPO 2: Assistência Farmacêutica

Assistência Laboratorial

**Adriano Souza** - CAPS II Oeste  
**Agilson F. do Nascimento** - Policlínica Leste  
**Aldair Enízia** - Distrito Sanitário Norte II  
**Magda Fabiana D. da Costa**-Hospital e Maternidade Dr. Leide Morais  
**Maria Ednalva de Melo Silva** - UBS Bela Vista  
**Maria Tereza C. Cortês dos Santos** - Departamento de Logística e Sup. Imediato aos Serv. de Saúde/SAF  
**Sebastião Claudino dos Santos** - Conselho Municipal de Saúde  
**Sérvulo Medeiros** - Distrito Sanitário Norte II  
**Yuri Adrenovitch** - Hospital e Maternidade Dr. Leide Morais

**GRUPO 3: Vigilância em Saúde – Ações integradas de Vigilância epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância à Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses**

**Ana Maria dos Santos Teixeira-** Departamento de Vigilância à Saúde/SVS/NVST  
**Célio Carvalho de Aquino-** Departamento de Vigilância à Saúde/ Setor de Est. Vitais  
**Cintia Regina Gallo-** Departamento de Vigilância à Saúde/SVA  
**Ednilson Pereira de Freitas-** Departamento de Vigilância à Saúde/SVS  
**Jeane Barbosa de Oliveira-** Centro Controle de Zoonoses  
**Liene Maria de Medeiros-** Departamento de Vigilância à Saúde/SVS  
**Márcia Maria de Lima Ferreira-**  
**Maria Cristiana da Silva Souto-** Departamento de Vigilância à Saúde  
**Maria de Fátima de Souza-** Departamento de Atenção Básica/ Saúde do Idoso  
**Maria do Céu de Lima -** Distrito Sanitário Oeste/VISA  
**Maria José da Silva-** Distrito Sanitário Norte I  
**Maria Tereza C. Gomes de Holanda -** Departamento de Vigilância à Saúde/VE  
**Priscila Maria Freire Cruz –** Centro Especializado de Atenção ao Idoso - CEASI  
**Raimunda Borges do Nascimento -** Distrito Sanitário Norte II  
**Valklênia Bezerra Borges -** Departamento de Vigilância à Saúde/SVE

**GRUPO 4 : Atenção integral à saúde das populações por ciclo e gênero  
 Atenção às pessoas em situações especiais de agravos  
 Linhas de cuidados estratégicos na Atenção Básica**

**Maria do Carmo Fernandes-** USF Vista Verde  
**Denise Maria de Fernandes-** Distrito Sanitário Oeste  
**Expedito A. de Souza-** CAPS III Leste  
**Geize Moraes Furtado-** Distrito Sanitário Norte II  
**Jaldir da Silva Cortez-** USF Redinha  
**Maria Dalva Dutra Gomes Pinheiro-** USF Monte Líbano  
**Maria das Graças Dias-** Distrito Sanitário Leste  
**Maria Dilmar Rebouças-** Conselho Municipal de Saúde  
**Sânzia Iglesias F Barbosa-** USF Nova Natal  
**Swami Bezerra-** UM Quintas  
**Walkiria Maria de Oliveira-** Departamento de Gestão do Trabalho e Ed. em Saúde  
**Wellis Martins de Freitas-** USF Panatis

## EIXO 2: GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NO SUS

### GRUPO 1: Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde

**Maria do Carmo Fernandes** - Distrito Sanitário Norte I  
**Denise Fernandes** - Distrito Sanitário Norte I  
**Joana Maria** - Departamento de Atenção Básica  
**Leila Costa** - Departamento de Logística e Suporte Imediato aos Serviços de Saúde  
**Maria das Graças Dias** - Distrito Sanitário Leste  
**Maria de Fátima de Souza** - Centro de Atenção à Saúde do Idoso  
**Raimunda Borges** - Distrito Sanitário Norte II  
**Raquel Lima** - Departamento de Atenção Básica  
**Valklênia Borja** - Departamento de Vigilância à saúde  
**Walkiria Oliveira** - Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

### GRUPO 2: Gestão de Insumos e de Infra-estrutura Gestão de Recursos Financeiros

**Adriano Souza**- CAPS II Oeste  
**Agilson Nascimento**- Policlínica Leste  
**Aldair Enízia**- Distrito Sanitário Norte II  
**Analúcia Cavacante**- Policlínica Oeste  
**Magda Costa**- Hospital e Maternidade Dr. Leide Morais  
**Maria do Céu**- Departamento de Vigilância à Saúde/VISA  
**Maria Tereza C. Cortez dos Santos**- Departamento de Logística e Sup. Imediato aos Serviços de Saúde  
**Priscilla Cruz**- Departamento de Vigilância à Saúde  
**Sérvulo Medeiros**- Distrito Sanitário Norte II  
**Yure Adrenovich**- Hospital e Maternidade Dr. Leide Morais

### GRUPO 3: Planejamento e Informação em Saúde Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

**Ana Maria da Silva Martins** - PRAE  
**Ana Maria de C. Magalhães** - Departamento de Regulação, Aval. e Cont. dos Sistemas  
**Ariane Rose S. de Macêdo** - Coordenação da Estratégia Saúde da Família  
**Clara de Assis Tavares de Lima**- CEREST  
**Edmilson Pereira de Freitas**- Vigilância Sanitária  
**Exedito Assis de Souza**- CAPS III Leste  
**Frankleide Maria de Morais Silva** - USF Igapó  
**Jeane Barbosa de Oliveira**- CCZ  
**Maria Dalvaci da Silva Calado**- Distrito Sanitário Oeste  
**Maria de Fátima S. de Souza**- Policlínica Norte  
**Maria Joilca Bezerra L. Carvalho** - Coordenação da Estratégia Saúde da Família  
**Vera Lúcia da Silva Ferreira** - UBS Quintas

**GRUPO 4: Controle Social, Participação, Educação Popular e Ouvidoria do SUS**

**Ana Maria Ferreira da Silva** - UBS Mãe Luiza  
**Djailson Jose Farias**- UBS Lagoa Seca  
**Geize Moraes Furtado**- Distrito Sanitário Norte II  
**Gilmar Maria Nogueira** - CAPS Ad Norte  
**Jaldir da Silva Cortez**- USF Redinha  
**Katia Maria Queiroz Correia**-Departamento de Atenção Básica  
**Maria Dalva Dutra Gomes Pinheiro**- USF Monte Líbano  
**Maria Isaura e Silva** - Distrito Sanitário Oeste  
**Maria Tereza Costa Gomes de Holanda**- Departamento de Vigilância à Saúde  
**Silvana Bezerra** - UM. Quintas  
**Wellis Matias de Freitas** - USF Panatis

**Outros participantes presentes nas Plenárias**

**Elaine Cardoso**- Ministério Público  
**Maria do Perpétuo Nogueira** - SMS/ Secretaria Adjunta - AIS  
**Elisama Batista** - SMS/ Secretaria adjunta - Log  
**Edna Maria Pinheiro**- SMS/Assessoria de Planejamento e da Gestão do SUS.  
**Roberval Pinheiro**- SMS/ Assessoria de Planejamento e da Gestão do SUS  
**Maria das Graças de A. Pessoa** - SMS/ Assessoria de Planejamento e da Gestão do SUS  
**Maria Auxiliadora Soares** - SMS/ Assessoria de Planejamento e da Gestão do SUS  
**Maria de Fátima Galvão**- SMS/ Assessoria de Planejamento e da Gestão do SUS  
**Amonia Nagib** - SMS/ Assessoria de Planejamento e da Gestão do SUS  
**Suzi Atademo** - SMS/ Assessoria de Planejamento e da Gestão do SUS  
**Fernanda Otaviano** - SMS/Departamento de Atenção Especializada  
**André Barreto** - SMS/Departamento de Atenção Especializada  
**Cristiane Leite** - SMS/Departamento de Atenção Especializada



  
PREFEITURA DO  
**NATAL**  
Trabalho aqui, trabalho agora.  
Secretaria Municipal de Saúde

