

Prefeitura Municipal do Natal

Secretaria Municipal de Saúde

PLANO Municipal de Saúde

NATAL/RN
2018 - 2021

PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2018-2021

PREFEITO

Carlos Eduardo Nunes Alves

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Maria da Saudade de Azevedo Moreira Machado

SECRETÁRIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Genilce Maria Maciel de Oliveira

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

Isabelle Cocentino Meiroz Grilo Ferreira

SECRETÁRIA ADJUNTA DE LOGÍSTICA EM SAÚDE, ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Terezinha Guedes Rego de Oliveira

CHEFE DA ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E DA GESTÃO DO SUS

Kátia Maria Queiroz Correia

EQUIPE DE CONDUÇÃO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PMS

Amábilé Virgínia Freitas Virgínio

Douglas Ferreira Enedino Albino

Iza Cristina Leal Bezerra do Amaral

Kátia Maria Queiroz Correia

Lívia Maria Martins da Silva

Maria Auxiliadora Soares de Lima

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Natal apresenta o Plano Municipal de Saúde que terá vigência no período de 2018 a 2021.

Trata-se de um documento construído a partir da união de muitas mentes e mãos, em um movimento de planejamento ascendente e participativo, que articulou gestores, profissionais e usuários do SUS municipal.

Este plano é uma ferramenta estratégica de gestão e se compõe de quatro partes:

A primeira, consiste em uma análise situacional, que evidencia o perfil demográfico e os aspectos socioeconômicos da população; sua situação de saúde; as características do acesso às ações e aos serviços de saúde, da vigilância e da gestão do SUS em Natal.

A segunda parte apresenta as diretrizes, os objetivos e as metas que estarão orientando a operacionalização da política de saúde no âmbito do município durante o referido quadriênio.

Em seguida, apresenta-se o sistema de monitoramento e avaliação que será utilizado, a fim de acompanhar a execução das ações e indicar os ajustes necessários durante o processo, de modo que haja uma otimização do trabalho e do uso dos insumos e recursos.

Finalmente, são explicitados os mecanismos e táticas para assegurar a viabilidade deste plano, indicando a previsão orçamentária do componente saúde para o período de execução do plano e a continuidade de sua trajetória executiva.

SUMÁRIO

1	ANÁLISE SITUACIONAL	7
1.1	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIOECONÔMICOS	8
1.1.1	<i>Perfil demográfico</i>	9
1.1.2	<i>Aspectos sócioeconômicos</i>	10
1.2	SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	11
1.2.1	<i>Mortalidade Geral</i>	12
1.2.2	<i>Mortalidade Infantil</i>	13
1.2.3	<i>Mortalidade Materna.....</i>	13
1.2.4	<i>Morbidade.....</i>	13
1.2.5	<i>Saúde Ambiental</i>	18
1.3	ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	20
1.3.1	<i>Estrutura da Rede própria de serviços ambulatoriais e hospitalares.....</i>	21
1.3.2	<i>Modelo de Atenção</i>	24
1.3.3	<i>Rede de Atenção Básica / Primária</i>	25
1.3.4	<i>Redes de Atenção à Saúde (RAS).....</i>	30
1.3.5	<i>Assistência Farmacêutica</i>	36
1.3.6	<i>Apoio Diagnóstico.....</i>	38
1.3.7	<i>Vigilância em Saúde</i>	43
1.4	GESTÃO DO SUS EM NATAL	51
1.4.1	<i>Caracterização Geral da Estrutura Organizativa.....</i>	52
1.4.2	<i>Controle Social.....</i>	54
1.4.3	<i>Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde</i>	55
1.4.4	<i>Planificação em Saúde.....</i>	57
1.4.5	<i>Financiamento do SUS em Natal</i>	59
1.4.6	<i>Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas de saúde</i>	65
2	DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	69
2.1	EIXO 1: GESTÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.....	69

2.1.1	<i>DIRETRIZ 1. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade, mediante a adequação do perfil das unidades de saúde da rede pública municipal e do aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada à luz da PNH, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.</i>	70
2.1.2	<i>DIRETRIZ 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</i>	77
2.1.3	<i>DIRETRIZ 3: Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.</i>	82
2.1.4	<i>DIRETRIZ 4: Garantia do apoio diagnóstico no âmbito do SUS.</i>	82
2.2	EIXO 2: GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO SUS.	84
2.2.1	<i>DIRETRIZ 5: Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.</i>	84
2.2.2	<i>DIRETRIZ 6: Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.</i>	86
2.2.3	<i>DIRETRIZ 7. Fortalecer o modelo de gestão, centrado no planejamento integrado, na informação em saúde, na intersetorialidade e na relação interfederativa, com foco em resultados e na melhoria do padrão de gastos.</i>	87
2.2.4	<i>DIRETRIZ 8. Potencialização da função regulatória e dos instrumentos de controle, avaliação e auditoria do SUS, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</i>	88
2.2.5	<i>DIRETRIZ 9: Modernização da gestão administrativa, orçamentária e financeira.</i>	90
3	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (M&A)	91
4	VIABILIDADE E SUSTENTABILIDADE	93
5	REFERÊNCIAS	99

1. Análise Situacional

1.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO ECONOMICOS

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Aspectos demográficos e sócioeconômicos

1.1.1 Perfil demográfico

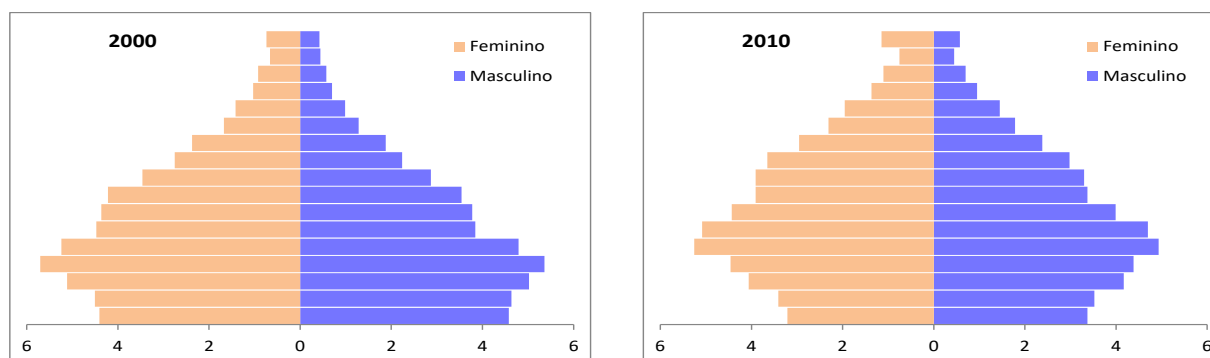
O município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, é a segunda capital brasileira com a menor área territorial, com aproximadamente 167,3 km² e sexta maior capital do país em densidade populacional. Em 2017, a sua população foi estimada em 885.180 habitantes, representando assim um quarto da população do estado, com predominância de mulheres (53%), conforme dados do IBGE.

A taxa de crescimento populacional do município vem decrescendo, o que significa que a população de Natal está crescendo de forma mais lenta. As famílias estão cada vez menores e, no último censo, a média encontrada foi de 3,4 pessoas por domicílio.

Natal vem passando por uma transição demográfica, em que a queda de mortalidade, aumento da expectativa de vida ao nascer e redução da natalidade se constituem as principais causas dessas mudanças. De acordo com os dados do censo a expectativa vem aumentando e, comparando esse indicador nos anos intercensitários de 1991 e 2010, observa-se que ele sobe de 66,6 para 75,1 anos de vida. Já a taxa de fecundidade teve uma queda e nesse período reduziu de 2,4 para 1,58 filhos por mulher.

As mudanças na estrutura etária da população ficam evidentes quando se compara as pirâmides dos anos censitários 2000 e 2010, onde se observa redução da população jovem e aumento da população de idosos. De acordo com o IBGE essa evolução aponta para a tendência de envelhecimento demográfico.

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



A cidade do Natal é dividida em quatro regiões administrativas que possuem características bem diferentes. Na região Norte a população representa 40,4% do total do município e a região Leste é a menos populosa, agregando apenas 13,1%. A região Oeste é a segunda em termos populacionais concentrando 26,6% e a Sul aparece em terceiro lugar com percentual de 19,9%, conforme dados da SEMURB, relativos ao ano de 2016.

1.1.2 Aspectos sócioeconômicos

De acordo com os últimos dados disponibilizados no IBGE, os trabalhadores formais do município de Natal, em 2015, tinham um salário médio mensal de 3,1 salários mínimos. Com esse resultado, Natal se coloca no ranking de terceiro maior salário médio no estado do Rio Grande do Norte, ficando atrás somente de Guamaré e Alto do Rodrigues.

Observou-se ainda que 35,7% da população tinha rendimento nominal mensal per capita de até meio salário mínimo.

Em relação ao índice de desenvolvimento humano (IDH), os últimos dados disponíveis (2010) mostram que o município de Natal apresentou o IDH de 0,763, sendo superior ao do estado do RN (0,684), e também o segundo maior entre os municípios, ficando atrás apenas de Parnamirim. Importante observar que Natal teve uma evolução positiva nesse indicador, tendo em vista que vem melhorando ano a ano. O componente que mais evoluiu foi o da educação, que mais do que dobrou nessas últimas duas décadas.

1.2 SITUAÇÃO DE SAÚDE

1.2 SITUAÇÃO DE SAÚDE

1.2.1 Mortalidade Geral

A média anual de ocorrência de óbitos nos últimos 5 anos em Natal foi de 5.235 e, nesse mesmo período, o coeficiente geral de mortalidade teve uma variação pequena, tendo passado de 6,17 em 2012 para 6,54 óbitos para cada 1.000 habitantes em 2016. Verifica-se ainda que esse coeficiente é mais alto entre as pessoas do sexo masculino e que as maiores taxas de mortalidade ocorrem nas faixas etárias mais elevadas.

É importante destacar que entre os adolescentes de 15 a 19 anos a mortalidade é muito maior ainda nos homens e, no período em análise, o número de óbitos, que em 2012 era 7 vezes maior nos homens, passou a ser 10 vezes maior do que nas mulheres no ano de 2016. Na faixa etária de 20 a 29 anos, a mortalidade masculina também foi alta, porém inferior à dos adolescentes.

Natal tem como principal causa de mortalidade o grupo de doenças do aparelho circulatório, que representam quase um quarto do total dos óbitos ocorridos em 2016, destacando-se nesse grupo, o infarto agudo do miocárdio e as doenças cerebrovasculares. As neoplasias são a segunda causa de óbitos no município com percentual de 17,58%, destacando-se as neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmões e as neoplasias de mama. Em terceiro lugar se encontram as causas externas, com percentual de 14%, sendo mais da metade relativas às agressões. Na sequência, aparecem as doenças do aparelho respiratório que representaram 11% do total de óbitos do município.

Considerado um problema de grande magnitude, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) chegam a 74% das causas de morte no Brasil, segundo dados da Organização Mundial de Saúde em 2012.

No ano de 2016 ocorreram 6.508 óbitos por DCNT (doenças do aparelho respiratório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em residentes no município de Natal/RN e, quando comparado ao ano anterior, esse número representa um aumento de 29% dos óbitos por essas causas, o que somente vem reforçar a relevância de investir no fortalecimento das ações de promoção e cuidado integral à saúde, bem como o trabalho contínuo das ações de vigilância para monitoramento.

De acordo com os dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade - SIM, a taxa de Mortalidade Geral por DCNT em 2016 foi de 433,3 óbitos por 100mil/hab, superior à taxa encontrada em 2015, que foi de 347,6 óbitos por 100mil/hab. Já a taxa de Mortalidade Prematura por DCNT, considerada na faixa etária de 30 a 69 anos, subiu de 303,4 para 375,6 óbitos por 100mil/hab, nesse período.

1.2.2 Mortalidade Infantil

Em relação à mortalidade infantil, verificou-se que nos últimos anos seu coeficiente vinha se mantendo entre 10 e 12,5 óbitos por mil nascidos vivos, porém em 2016 foi observado um aumento, tendo passado para 13,06 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos.

1.2.3 Mortalidade Materna

Quanto à mortalidade materna, observa-se que no ano de 2016 houve um aumento significativo no número de mortes maternas, cuja ocorrência foi de 9 óbitos, enquanto que nos últimos 4 anos o número de óbitos variou entre 4 e 6. Em 2012 o coeficiente de Mortalidade materna era 49,05, porém subiu para 77,35 óbitos por 100mil nascidos vivos em 2016.

1.2.4 Morbidade

Morbidade hospitalar

Em Natal, a média de internações hospitalares do SUS de residentes no município nos últimos 5 anos foi de 36.300, ressaltando que nesse período (2012-2016) houve um aumento de 6,5%. É importante ressaltar que a proporção de internação em mulheres é maior que em homens e uma das causas é o fato de quase um quarto das internações se referirem à Gravidez, parto e puerpério, sendo também a maior causa de internação do município.

A segunda causa de internação mais frequente são as neoplasias, seguida de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

Morbidade ambulatorial (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 registram os agravos de relevância Municipal.

AIDS

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada, ou síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência.

No âmbito do município do Natal, foram notificados, segundo residência no período entre 2014 a 2017, 1.239 casos de AIDS em adulto, com média de detecção de 310 casos/ano, sendo a maioria no sexo masculino, responsável por 68,3% dos casos; 67,2% pertencem ao grupo étnico preto/pardo e 49% possuem idade entre 20 a 34 anos. No tocante aos casos de AIDS em criança (menores de 13 anos), foram identificados 9 casos, com média de 2,25 casos detectados/ano; 55% dos casos pertenciam ao sexo feminino, 89% pertenciam à raça preta/parda e 77% foram oriundos de transmissão vertical (mãe-bebê).

Sífilis

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*. Quando não tratada, progride ao longo de muitos anos, sendo classificada em sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária.

A sífilis congênita resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária ou no momento do parto. A sífilis é causa de grande morbidade na vida intrauterina, levando a desfechos negativos da gestação em mais de 50,0% dos casos, tais como, aborto, nati e neomortalidade e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos, conforme estudos científicos. A sífilis congênita ainda ocupa espaço entre as causas básicas de óbitos infantis, sobretudo entre as perdas fetais.

No município do Natal, entre 2014 e 2017 foram identificados, por meio de registro no SINAN, 685 casos de sífilis congênita, com média anual de detecção 171 casos/ano, sendo 48% dos casos acompanhados identificados no momento do parto/curetagem ou no pós-parto, reforçando a necessidade de qualificação da assistência pré-natal.

O Ministério da Saúde preconiza para o controle da sífilis congênita a taxa de detecção abaixo de até 0,5 casos a cada 1.000 nascidos vivos, porém observou-se que no ano de 2014 a taxa de detecção foi de 12,1 casos a cada 1.000 nascidos vivos e em 2017 até o presente momento temos 14,4 casos para cada 1.000 nascidos vivos na capital.

A inclusão da sífilis na gestação como infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória justifica-se por sua elevada taxa de prevalência e elevada taxa de transmissão vertical, que varia de 30 a 100% sem o tratamento ou com tratamento inadequado. No período analisado, foram identificados 250 casos de sífilis em gestantes, com média de detecção de 62,5% dos casos/ano e o tratamento adequado dos parceiros foi detectado em apenas 36,4% dos casos, o que reforça a necessidade de implementação de novas metodologias, tais como o pré-natal compartilhado entre a gestante e seu companheiro.

Tuberculose

A tuberculose (TB) continua sendo um grave problema de saúde pública, merecendo por parte dos profissionais, das autoridades e da sociedade em geral, uma especial atenção, considerando sua magnitude, seus aspectos humanitários e vulnerabilidade. Estratégias para melhorar o acesso e promover a adesão ao tratamento da doença vêm sendo implantadas, principalmente, pelo fortalecimento da descentralização das ações de controle da doença para a Atenção Básica.

No município de Natal, foram diagnosticados durante o período de 2014 a 2017 2.025 casos de Tuberculose, com média de detecção de 506 casos/ano; 69% dos casos foram no sexo masculino, 72,6% pertenciam a raça preta/parda e 46% possuem ensino fundamental incompleto/completo. Salienta-se que 40,5% dos casos obtiveram cura, 10,7% abandonaram o tratamento e 3,7% tiveram como desfecho o óbito por tuberculose como causa básica.

Hanseníase

Doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença e lhe dá um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades.

No município do Natal foram identificados 120 casos de hanseníase no período de 2014 a 2017, sendo 52,5% dos casos no sexo feminino, 36,6% em pessoas da raça branca, 27,5% dos casos estavam na faixa etária compreendida entre 35 a 49 anos. No tocante ao tipo de entrada, observamos que 91,6% dos casos foram casos novos. Quanto à situação de encerramento, observamos que 58,3 % dos casos evoluíram para cura.

DDA (Doenças Diarreicas Agudas)

A doença diarreica aguda (DDA) é uma síndrome causada por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. Podem ser acompanhadas de náusea, vômito, febre e dor abdominal. No geral, é autolimitada, com duração de 2 a 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição. No Brasil, mantém relação direta com as precárias condições de vida e saúde dos indivíduos, em consequência da falta de saneamento básico, desnutrição crônica, entre os fatores.

Foi visto que no período de 2014 a 2016 houve um aumento considerável de notificações, passando de 26.190 para 34.866 casos, no entanto, no ano de 2017 houve uma redução da notificação e o número de casos caiu para 26.247.

A faixa etária que apresentou maior frequência de casos ao longo do período foi a de 10 anos ou mais, apresentando-se com aumento entre os anos de 2014 a 2016, passando de 13.107 para 24.990 e no ano de 2017 uma redução para 18.882.

Arboviroses

Analisando-se a série histórica no período de 2014 a 2017, verifica-se que a distribuição dos casos notificados para arboviroses, as notificações para dengue predominam. A partir do ano de 2015, temos a introdução dos vírus da zika e chikungunya,

porém dengue ainda tem o maior número de casos. Durante o período em questão, foram notificados 21.201 casos para dengue, 9.255 casos para chikungunya e 1.603 casos para zika.

Quando observadas as áreas de maior ocorrência de arboviroses pelo mesmo período, destacam-se os bairros do Alecrim, Cidade Alta, Mãe Luiza e Rocas, que estão localizados no Distrito Leste, seguidos de Dix Sept Rosado e Quintas, no Distrito Oeste. Ao analisar a distribuição desses casos por grupo de faixa etária para as três arboviroses, percebemos que o grupo mais atingido tem sido o que compreende a faixa etária entre 20 e 34 anos, seguido dos grupos de 35 a 49 e 50 a 64. Quanto ao sexo, as mulheres tem sido as mais notificadas.

Leishmaniose

A Leishmaniose tem se mostrado uma prioridade para nossa vigilância, tida como doença negligenciada que vem em projeção de aumento nos últimos quatro anos. Podemos destacar nas áreas de risco os bairros de Lagoa Azul, Nossa Senhora da Apresentação, Potengi, Alecrim, Cidade Alta, Rocas, Quintas e Guarapes. Quanto à distribuição por faixa etária, podemos observar uma predominância nos grupos de 35 a 49 e 20 a 34 anos. Já para o tipo de sexo com maior número de notificados, destacam-se os homens.

Para o perfil da Raiva e outras Epizootias, o maior número de casos de epizootias com importância para vigilância da Raiva estão relacionadas às Epizootias em morcego, com ocorrências equilibradas entre os diversos distritos sanitários, tanto em números de casos, quanto no número de morcegos positivos.

Violência

Além do grande impacto na morbimortalidade, a violência, nas mais diversas formas como se apresenta, tem contribuído para a perda de qualidade de vida entre os cidadãos, com aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho, entre outros. A violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal.

Foram identificados no período de 2014 a 2017, 2.542 casos de violência interpessoal/autoprovocada, com número médio de 635 casos/ano, sendo 61,4% dos casos de violência contra mulher; 74,6 % pertenciam ao critério preto/pardo, 49% possuíam

entre 15 a 29 anos e 10,1% possuíam ensino fundamental incompleto e 12,8% das violências notificadas já ocorreram outras vezes.

Agravos relacionados à saúde do trabalhador

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador tem como princípio o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Em relação ao número de casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho, observou-se uma redução, caindo de 1.107 para 892 notificações de 2015 para 2016, das quais o maior número é por acidente com Exposição a Material Biológico, em segundo lugar, temos as causas por transtornos mentais, justificando a crescente demanda de atendimento psiquiátrico realizada durante esse período. No ano de 2017, até o primeiro quadrimestre, foram notificados 239 acidentes de trabalho, seguindo o mesmo perfil de agravo dos anos anteriores.

Acredita-se que existe subnotificação por parte das unidades de saúde e que esses números poderiam ser maiores.

1.2.5 Saúde Ambiental

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

De acordo com os dados da Companhia de Água e Esgotos do RN(CAERN), em 2017, 100% da população estava ligada à rede de água do município, e dessas, 94% eram ligações ativas que estavam sendo realmente utilizadas.

Quanto ao saneamento básico, os dados demonstram que Natal ainda está com uma cobertura baixa, tendo em vista que o percentual da população atendida pela rede de esgotos em 2017 estava em torno de 40%.

No que diz respeito à saúde ambiental, a análise da qualidade da água utilizada para consumo humano é de fundamental importância.

Analisando os anos de 2014 a 2017, percebe-se que o problema mais recorrente está no controle de desinfecção da água, índice de Cloro Residual Livre, responsável por matar a maioria das patologias presentes na água, prevenindo a recorrência dos coliformes termotolerantes (e. Coli). Assim que encontrada falta de Cloro Residual ou presença de Coliformes Termotolerantes na água a companhia de fornecimento é notificada para proceder com a devida correção do parâmetro em até 7 dias úteis.

Durante o ano de 2014 foram analisadas 725 coletas, das quais 156 análises apresentaram cloro fora do padrão (21,51%), sendo este considerado o padrão com maior percentual de irregularidade nos três quadrimestres de 2014 e conseqüentemente anual.

No ano de 2015, de acordo com controle interno, através da planilha físico-química, foram realizadas 300 análises; dessas, 21 foram para análises do vibrio cólera, então a análise dos padrões básico foram 279 das quais 73 apresentaram desconformidade em Cloro Residual Livre. Em relação a 2014, houve piora na qualidade em função do processo de cloração da companhia de água da cidade, pois representou 26,16% das amostras sem Cloro.

No ano de 2016 foram realizadas 695 análises, das quais 215 estavam fora do padrão no parâmetro Cloro Residual Livre representando 30,93% de desconformidade.

Em 2017, foram analisados 547 coletas para análise de água, das quais 238 apresentaram desconformidade no padrão Cloro Residual Livre, representando 43,51% em desconformidade do campo analisado.

Fazendo comparativo quanto ao controle da qualidade da água do município de Natal, houve piora nos cuidados de desinfecção que é o parâmetro de quantidade de cloro residual livre presente na água fornecida.

Os demais parâmetros (Cor aparente, turbidez, pH) são parâmetros físico-químicos da água, que normalmente estão relacionados diretamente ao manancial ou poço de captação, que poderá ser controlado, porém, nem todos os casos conseguiram um tratamento com 100% de conformidade, mas a companhia de água e esgoto, através dos processos de tratamento, consegue estabelecer padrões aceitáveis para consumo humano.

Já o parâmetro Nitrato tem uma relação mais forte com a falta de esgotamento sanitário da cidade, e a companhia de água e esgoto da cidade através do nosso monitoramento e notificações vem melhorando a condição da qualidade da água fornecida à população em relação a este indicador.

1.3 ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

1.3 ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

1.3.1 Estrutura da Rede própria de serviços ambulatoriais e hospitalares

REDE PRÓPRIA DE SERVIÇOS

Atualmente, o município de Natal possui 80 estabelecimentos de saúde na rede própria de serviços, sendo que 70% são unidades da Atenção Básica, com grande maioria no modelo da Estratégia Saúde da família (ESF).

Na complexidade intermediária existem 04 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, compondo a rede de Atenção às Urgências e Emergências. Outro componente fundamental dessa rede é o SAMU, que faz a regulação médica das urgências, além de prestar atendimento à população.

O município de Natal dispõe de um hospital geral com 74 leitos, sendo 55 clínicos, 20 cirúrgicos e 10 pediátricos. Vale ressaltar que este hospital conta com 05 leitos de saúde mental, aprovados e habilitados pelo Ministério da Saúde (MS). Além disso, possui ainda 10 leitos de UTI e 01 de unidade de isolamento.

A rede hospitalar dispõe ainda de três maternidades, sendo uma delas uma unidade mista.

Na atenção à saúde mental, a SMS conta com cinco Centros de Atenção Psicossocial, sendo 01 para atendimento infantil e os demais para adultos.

A atenção especializada conta ainda com o Centro de Referência Odontológica Mortom Mariz de Farias, o Centro Especializado de Atenção à Saúde do Idoso (CEASI), o Centro de Especialidades Integradas (Alecrim) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), além do Centro de Referência em Práticas Integrativas e complementares em Saúde (CERPICS), criado através da Portaria nº 291/2017-GS/SMS Natal, de 06 de julho de 2017.

Quadro 1: Rede própria de Serviços Municipais de Saúde por Distrito Sanitário 2017.

TIPO DE UNIDADE	Distrito sanitário					Total
	Norte I	Norte II	Sul	Leste	Oeste	
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	11	11	10	9	15	56
POLICLÍNICA	-	1	1	2	1	5
Policlínica Norte		1				1
Policlínica Sul			1			1
Policlínica Leste				1		1
Policlínica Oeste					1	1
Centro de Especialidades Integradas (Alecrim)				1		1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL		1		2	2	5
CAPS AD Norte		1				1
CAPS AD Leste (24 horas)				1		1
CAPS II					1	1
CAPS III (24 horas)				1		1
CAPS i	-				1	1
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADES	-	-	-	4	-	4
Centro de Referência Odontológica Mortom Mariz de Farias	-	-	-	1	-	1
Centro Especializado de Atenção à Saúde do Idoso (CEASI)	-	-	-	1	-	1
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	-	-	-	1	-	1
Centro de Referência em Práticas Integrativas e complementares em Saúde (CERPICS)				1		1
PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	1	1	1	-	1	4
Unidade de Pronto Atendimento Pajuçara	1	-	-	-	-	1
Unidade de Pronto Atendimento Cid. da Esperança					1	1
Unidade de Pronto Atendimento Potengi		1				1
Unidade de Pronto Atendimento Sul			1			1
UNIDADE MISTA (maternidade / ambulatório)	-	-	-	-	1	1
Unidade Mista Felipe Camarão					1	1
HOSPITAL ESPECIALIZADO/MATERNIDADE	-	1	1		-	2
Maternidade Professor Leide Morais		1				1
Maternidade Araken Irerê Pinto			1			1
HOSPITAL GERAL	-	-	-	1	-	1
Hospital Municipal de Natal				1		1
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	-	1	-	-	-	1
Centro de Controle de Zoonoses		1				1
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	-	-		-	1	1
Serviço Atendimento Móvel às Urgências (SAMU)					1	1
TOTAL	12	16	13	18	21	80

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Natal

REDE DE SERVIÇOS DO SUS

Rede ambulatorial

A rede de serviços ambulatoriais que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) em Natal conta com 122 estabelecimentos de saúde, sendo a maior parte do setor público nos níveis Federal, Estadual e Municipal, cuja maioria (61,8%) são unidades da rede própria do município.

Os prestadores privados são quase 30% da rede e prestam serviços de média e alta complexidade, entre exames e procedimentos não oferecidos pela rede pública ou que sejam insuficientes para a população residente e referenciada.

Tabela 1: Rede de serviços AMBULATORIAIS do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Natal /RN, segundo esfera administrativa.

ESFERA ADMINISTRATIVA	QUANTIDADE
Federal	3
Estadual	8
Municipal	75
Privado	36
TOTAL	122

Fonte: MS, Datasus

Rede hospitalar

No setor público, a rede hospitalar de Natal conta com 12 hospitais públicos, sendo 07 estaduais, 02 federais e 03 da esfera municipal. Importante ressaltar que entre os hospitais municipais, um é para atendimento geral e os outros dois, classificados como especializados, são maternidades. Além desses, a rede conta com mais 13 hospitais privados.

Tabela 2: Rede de serviços HOSPITALARES do Sistema único de Saúde (SUS) no município de Natal /RN, segundo esfera administrativa.

ESFERA ADMINISTRATIVA	QUANTIDADE
Federal	2
Estadual	7
Municipal	3
Privado	13
TOTAL	25

Fonte: MS, Datasus

A estrutura hospitalar do município possui 2.095 leitos nas diversas especialidades, conforme tabela abaixo. Dispõe ainda de 244 leitos de UTI, sendo 152 adultos, 28 pediátrico e 64 Neonatal, dentre os 317 complementares.

Tabela 3: Rede de serviços HOSPITALARES do Sistema único de Saúde (SUS) no município de Natal /RN, segundo esfera administrativa.

TIPO DE LEITOS	QUANTIDADE
Cirúrgico	592
Clínico	627
Obstétrico	262
Pediátrico	243
Crônicos	35
Psiquiatria	291
Pneumologia Sanitária	22
Acolhimento Noturno	1
Hospital Dia	22
TOTAL	2095

1.3.2 Modelo de Atenção

Entre as principais mudanças propostas pela reforma sanitária, encontra-se a necessidade de promover alterações significativas no modelo de atenção à saúde, na perspectiva de superar os modelos tradicionalmente adotados no Brasil, que se caracterizavam como altamente excludentes, operando a partir de uma dicotomia entre as ações preventivas e curativas.

Diante disso, impôs-se o desafio, ao SUS, de efetivar o que já havia sido recomendado em 1978 pela Conferência de Alma-ata, onde a Atenção Primária em saúde surge como o elemento que reordena o sistema de saúde.

Nesse sentido, adota-se, em Natal/RN, um modelo de atenção que aposta na Atenção Primária em Saúde como a porta preferencial de entrada do sistema de saúde. Todavia, pelas dificuldades persistentes nesse nível de atenção, como os grandes vazios assistenciais e o déficit de profissionais médicos para consistir as equipes de Estratégia de Saúde da

Família, no cotidiano da rede de serviços, as unidades de urgência e emergência terminam sendo utilizadas pela população como principal porta de entrada.

Apesar das dificuldades, compreende-se que a prioridade, dentro do modelo assistencial, deve ser o investimento na atenção primária, a fim de que ela possa ser fortalecida e assim, desenvolver sua função central de ordenadora do sistema de saúde no âmbito do município, assegurando profissionais qualificados, estrutura física adequada e acolhimento às demandas e necessidades de saúde da população.

1.3.3 Rede de Atenção Básica / Primária

Operacionalizar a rede de Atenção Primária em Saúde (APS) ainda é um dos principais desafios do SUS. Isso porque se espera que ela funcione como principal porta de entrada e ponto de referência da população para o sistema de saúde, bem como atue na condição de ordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde, apresentando uma resolutividade de aproximadamente 80%.

Para consolidar a APS com essas características, é imprescindível assegurar um quantitativo de unidades de atendimento com infraestrutura adequada, equipes multiprofissionais qualificadas e motivadas, abastecimento regular de insumos e medicamentos, entre outros. No entanto, as opções políticas dos governos recentes tem apontado para um enfraquecimento do projeto de reforma sanitária, o que tem comprometido a capacidade do sistema cumprir seus objetivos e funções, repercutindo de forma muito direta e negativa também sobre a atenção primária.

A despeito das dificuldades, o modelo de atenção primária em saúde de Natal adota a Saúde da Família como estratégia prioritária para organizar, expandir e consolidar a atenção básica. A rede de serviços da SMS nesse nível de atenção possui 56 unidades de saúde distribuídas nos cinco distritos sanitários. Entre essas, 43 unidades operam com Estratégia Saúde da Família, 11 Unidades operam com Atenção Básica tradicional e 02 unidades mistas realizam atendimento ambulatorial de Atenção Básica.

De acordo com o IBGE (2017), a população estimada de Natal é de 885.180 pessoas. Atualmente, a cobertura da rede de APS no município está em torno de 43,47%, o que significa que há um expressivo contingente populacional sem cobertura assistencial.

Embora a Secretaria Municipal de Saúde tenha instituído, desde 2013, a porta aberta para atendimento de pré natal, preventivo, tuberculose e Hanseníase, vacina e acompanhamento das condicionalidades relativas à saúde do Programa Bolsa Família, ainda persistem grandes vazios assistenciais, principalmente nos bairros periféricos, que se configuram como áreas de expansão urbana, mas que crescem de forma desordenada, com carência de serviços de infraestrutura.

É um quadro especialmente preocupante, uma vez que é também onde se concentram pessoas com baixa renda, estabelecendo um contingente populacional em situação de vulnerabilidade social. Diante disso, muitos esforços tem sido empreendidos em busca de ampliar a cobertura de Estratégia Saúde da Família, o que deverá ocorrer a partir de 2018, na medida em que as obras previstas forem concluídas e o concurso público for realizado, provendo mão de obra para compor novas unidades de saúde. Até 2020, espera-se alcançar uma cobertura assistencial de 80% na ESF.

Além da expansão da atenção básica, sem dúvida, urge qualificar a assistência prestada, o que exige a reorganização do processo de trabalho, incluindo dos serviços que operam com o modelo tradicional de atenção básica, sem estratégia de saúde da família. Entende-se que para isso, um instrumento fundamental é a implantação do E-SUS na Atenção Básica, e embora essa ação seja dificultada pela necessidade de parametrização das equipes de Atenção Básica, houve avanços no que diz respeito à implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC E-SUS na Atenção Básica: 10 unidades pilotos já estão usando a ferramenta.

Para subsidiar a implantação do PEC e a reorganização dos processos de trabalho nas Unidades Básicas, foi lançado o “Guia de Acolhimento na Atenção Básica: garantindo o acesso, qualificando o cuidado”, bem como a Portaria de nº 446/2017 de 30 de agosto de 2017, que define os parâmetros assistenciais da Rede de Atenção Básica para todas as categorias profissionais.

A rede de atenção primária de Natal conta com 03 Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família - NASF (Santarém, África e Nazaré), buscando se afirmar como um suporte técnico às equipes de saúde da família, tendo em vista oferecer um olhar multidisciplinar aos problemas por elas enfrentados, considerando a territorialização e na perspectiva da educação permanente em saúde, da participação social, da promoção da saúde e, prioritariamente, da integralidade do cuidado.

É importante ressaltar, também, a atuação das equipes de Consultório na Rua, que ampliam o alcance do SUS, estendendo-o à população em situação de rua, numa perspectiva de promoção da equidade em saúde; e o investimento nas políticas de promoção à saúde e de práticas integrativas e complementares, importantes iniciativas que fortalecem os princípios do SUS, na medida em que reforçam uma abordagem dos sujeitos como seres integrais, buscando dar novos significados e sentidos ao cuidado em saúde.

Rede de Atenção Especializada

Formado por um conjunto de práticas, ações e conhecimentos que são desenvolvidos no âmbito ambulatorial e perpassando pela lógica da integralidade para o cuidado hospitalar, esta política da atenção especializada engloba a utilização de profissionais especializados e faz uso de equipamentos médico-hospitalares com maior densidade tecnológica, o que é uma característica deste nível elementar do cuidado de média e alta complexidade.

A Média Complexidade inclui a maioria dos procedimentos que demandam a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Possui caráter complementar às ações desenvolvidas pela Atenção Básica.

Já a Alta Complexidade é composta por um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, integrando-se aos demais níveis de atenção à saúde a fim de propiciar à população acesso a serviços qualificados.

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

O município de Natal é referência em média e alta complexidade no estado do Rio Grande do Norte, uma vez que a oferta de serviços especializados no município ocorre tanto pelo contexto histórico como por sua capacidade estrutural.

Esta rede de serviços conta com Policlínicas especializadas localizadas nas regiões dos distritos sanitários, onde os usuários são referenciados para atendimentos com

profissionais especializados através das unidades básicas de saúde e utiliza-se do sistema de regulação para estes agendamentos. O atendimento ambulatorial especializado ao idoso é realizado no Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, já a do trabalhador é realizado no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

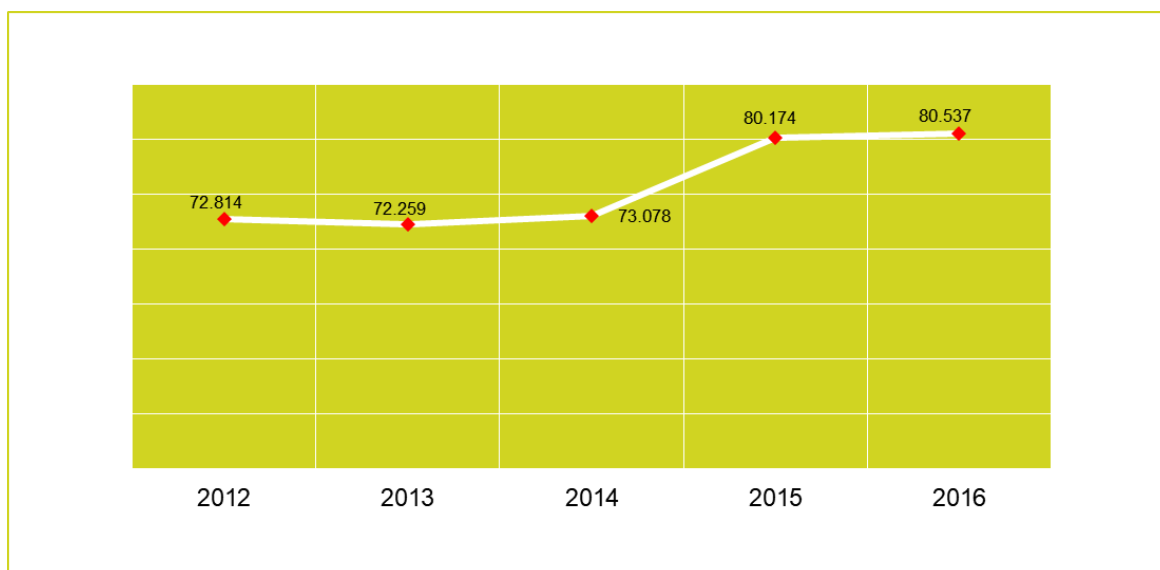
Conta ainda com apoio laboratorial para diagnóstico, maternidades, centros de especialidades odontológicas, unidades de pronto atendimento, um Hospital Municipal e a rede móvel de urgência.

O apoio da rede privada se dá de forma complementar naquilo que não se encontra suporte no público para garantir que a continuidade do cuidado ao usuário não seja interrompida. Com a dificuldade que se encontra de um suporte maior de financiamento que subsidie a ampliação da rede de saúde pública em geral, hoje em muitas ocasiões fica-se refém do mercado privado que levam valores altos do nosso financiamento, assim dificultando a gestão para outras necessidades tão importantes quanto este suporte privado.

Internações hospitalares

O número de internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Natal cresceu ao longo do período de 2012 a 2016, chegando a quase 10%, conforme mostra a série histórica apresentada no gráfico abaixo.

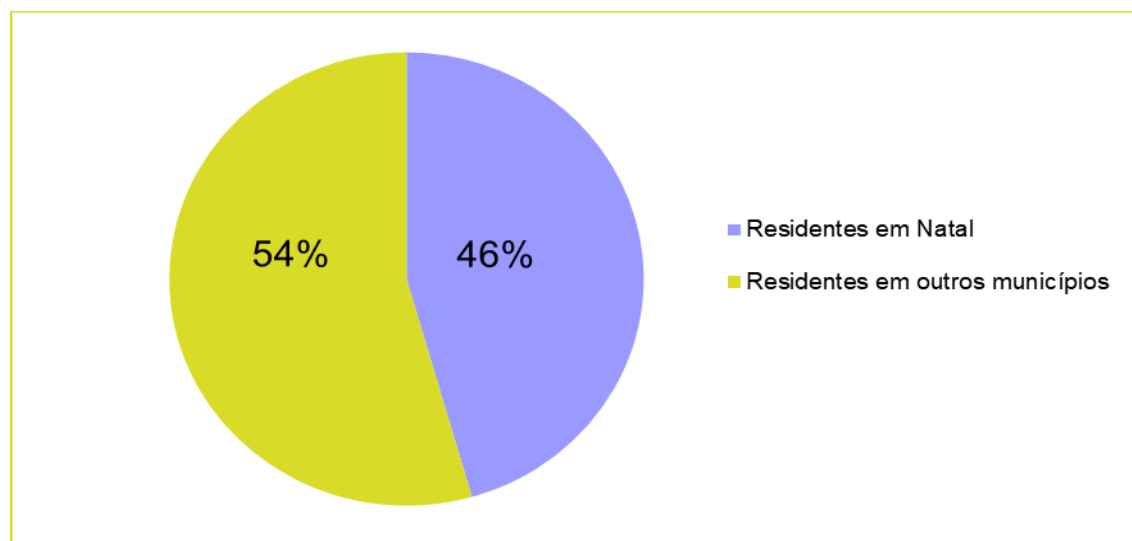
Gráfico 2: Número de internações ocorridas no município. Natal/RN, 2012-2016.



Fonte: MS, Datasus

Ressalta-se que as internações do SUS ocorridas em Natal, abrangem tanto os residentes nesse município quanto os usuários advindos de outros municípios do Rio Grande do Norte, e até mesmo de outros estados (este em proporções menores). Historicamente, as internações de não residentes em Natal representam a maior parte e, no ano de 2017, chegou a 54% das hospitalizações realizadas pelo SUS.

Gráfico 3: Percentual de internações ocorridas no município, segundo origem do usuário. Natal/RN, 2017.



Fonte: MS, Datasus

Em 2017 ocorreram 80.966 internações em Natal, sendo a maior parte para cirurgias e estas representam 40,59% do total de internações ocorridas.

Tabela 4: Número de internações ocorridas no município, segundo especialidade e residência. Natal/RN-2017

ESPECIALIDADE	FREQUENCIA	%
Cirúrgico	32.864	40,59
Obstétricos	15.348	18,96
Clínico	20.728	25,60
Crônicos	384	0,47
Psiquiatria	3.595	4,44
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	170	0,21
Pediátricos	7.809	9,64
Leito Dia / Cirúrgicos	25	0,03
Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante	43	0,05
Total	80.966	100,00

Fonte: MS, Datasus

Nota: Os dados de 2017 são referentes aos meses de janeiro a novembro

1.3.4 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A RAS tem a finalidade de prestar assistência à saúde de forma não fragmentada e propõe uma nova lógica de organização em sistemas integrados com a intenção de responder de forma eficiente, segura e de qualidade as necessidades de saúde da população. Esta proposta de redes integradas é considerada uma estratégia que visa consolidar os princípios do SUS: a universalidade, integralidade e equidade, de forma efetiva e eficaz.

Rede de Atenção às Doenças Crônicas

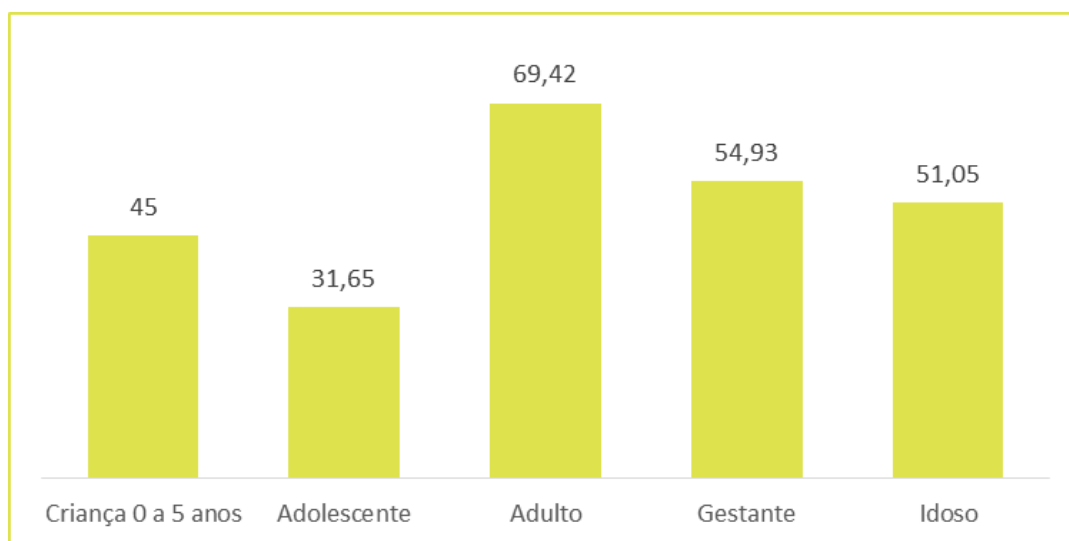
As doenças crônicas representam no Brasil a primeira causa de hospitalizações e a primeira causa de mortalidade. Espera-se que em 2020, 80% da carga das doenças nos países em desenvolvimento seja das doenças crônicas. Atualmente, nestes países, a adesão aos tratamentos atinge apenas um percentual de 20% (OMS, 2003).

No município, as unidades básicas de saúde atendem a demanda de pacientes hipertensos e diabéticos através de programas como o Hiperdia, sendo as demais comorbidades crônicas referenciadas, quando necessário, para a atenção especializada: policlínicas e rede contratualizada através do sistema de regulação (SISREG).

No âmbito da rede de doenças crônicas, Natal tem priorizado, desde 2014, desenvolver nos seus serviços próprios as linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade, diabetes e hipertensão. Para isto, foram criadas equipes de referência para o diabetes na Policlínica Norte, para o cuidado da obesidade nas Políclínicas Norte, Sul, Leste I (Zeca Passos) e Oeste.

Em relação à linha do cuidado de sobrepeso e obesidade, os dados apontam de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), 2016, Natal apresenta um alto índice de excesso de peso em todos os ciclos de vida, sendo a maior prevalência entre adultos, os quais 69,42% encontram-se com sobrepeso ou obesidade, como mostra a figura a seguir.

Gráfico 4: Percentual de sobrepeso por faixa etária no município de Natal. 2016



Fonte: SISVAN, 2016.

A alimentação inadequada é considerada o principal fator de risco para doenças crônicas em escala mundial. Uma boa parte, embora não a totalidade, dessa carga de riscos de consumo alimentar inadequados está associada ao sobrepeso e à obesidade, que por sua vez causam alterações metabólicas e diabetes (OPAS, 2016). O aumento no consumo de alimentos processados está associado a um aumento no índice de massa corporal, o que contribui para o excesso de peso da população.

Rede de Atenção Psicossocial

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

A Rede de Atenção Psicossocial possui sete (07) componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Atualmente o Município de Natal, através da Secretaria de Saúde, dispõe em sua rede de um total de cinco CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: o CAPS I e II Oeste para atendimento de transtorno e dependência de álcool e outras drogas infanto-juvenil; o CAPS II Oeste para atendimento dos casos de transtorno mental adulto; o CAPS II AD Norte para atendimento do uso abusivo de álcool e outras drogas adulto; o CAPS III Leste para atendimento dos casos de transtorno mental adulto, com 10 leitos de acolhimento e atendimento 24 horas e o CAPS AD 24h Leste para atendimento de dependência de álcool e outras drogas adulto, dispondo de 07 leitos de acolhimento para atendimento à crises.

Encontra-se em fase final de construção uma Unidade de Acolhimento infanto juvenil, com previsão de implantação no ano de 2018 e funcionará vizinho ao CAPSi. Quanto aos demais processos de ordenamento da rede, estão em andamento para implantação e ajustes que atendam as conformidades exigidas para o bom funcionamento da rede.

Importante informar que atualmente as UPAs, o Pronto Socorro (PS) do Hospital Municipal de Natal (HMN) e SAMU, que fazem parte do componente de Atenção de Urgência e Emergência pela RAPS, estão capacitados e atendendo as demandas para os casos de transtorno mental e de dependências de álcool e outras drogas.

Já em relação ao componente Atenção Básica, ressaltamos os matriciamentos que vem sendo realizados entre as unidades básicas de saúde e os CAPS. Houve também a ampliação no componente de desinstitucionalização, tendo sido inaugurado mais um Serviço Residencial Terapêutico, totalizando três no município.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Esta rede tem o objetivo de atender de forma qualificada às pessoas com deficiência das áreas que contemplem a deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias. Também buscar alcançar os serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e alguns outros pontos da atenção especializada.

O primeiro nível de atenção ocorre na Atenção Básica por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que identificam esses pacientes com necessidades e fazem encaminhamentos dentro da rede para o acompanhamento regular. Este referenciamento podem ser para os Centros Especializados em Reabilitação (CER), onde é realizado uma avaliação global do estado e necessidades do paciente e assim encaminhado para os devidos tratamentos. Outros casos também podem ser acompanhados pelas

equipes da atenção básica que possuam o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com uma equipe multidisciplinar.

Há algumas parcerias firmadas no tratamento de reabilitação infantil, onde as universidades aparecem como apoiadoras desses processos.

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

Rede Cegonha

A Rede Cegonha é uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto, aborto e puerpério. Já às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Tem como objetivos o novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança. Esta rede de atenção organiza-se para garantir acesso, acolhimento e resolutividade. Tudo com o objetivo de alcançar a redução da mortalidade materna e neonatal.

Diretrizes da Rede Cegonha:

- 1- Garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade ao PRE-NATAL.
- 2- Garantia da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro.
- 3- Garantia de boas práticas e segurança na atenção ao Parto e nascimento.
- 4- Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade.
- 5- Garantia de ampliação do acesso do planejamento produtivo.

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

Central de Regulação de Consultas e Exames, na qual a consulta é agendada pela própria unidade de saúde no sistema SISREG.

Em relação à atenção ao parto, hoje Natal desenvolve um sistema de vinculação das gestantes ao local do parto por território. Este trabalho é realizado junto as unidades de saúde, onde levam seus grupos de gestantes para conhecerem e se aproximarem das maternidades onde será sua referência de parto.

O município dispõe de três Maternidades: a Maternidade Leide Morais, localizada no Distrito Sanitário Norte II, a Maternidade Dr. Araken Irerê Pinto, inaugurada no dia 08 de março de 2016, localizada no Distrito Sanitário Sul, ambas realizam partos naturais e cesarianas e a Maternidade de Felipe Camarão, localizada no Distrito Sanitário Oeste que realiza apenas partos naturais.

Quanto à atenção ao parto de alto risco, o atendimento é realizado apenas nas Maternidades Escola Januário Cicco e Santa Catarina, as quais se constituem referência para o município de Natal e demais municípios da região.

Rede de Urgência e Emergência (RUE)

A Rede de Urgência e Emergência (RUE), como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso.

Em necessidade de atendimento de urgência, Natal conta com quatro Unidades de Pronto Atendimento, a UPA Dr. Ruy Pereira de porte II, localizada no Distrito Sanitário Norte I, no bairro de Pajuçara, a UPA José Jorge Maciel de porte II, localizada no Distrito Sanitário Norte II, a UPA Esperança, de porte III, localizada no Distrito Sanitário Oeste, no bairro de Cidade da Esperança e a UPA Dr. Leônidas Ferreira, de porte II, localizada no Distrito Sanitário Sul.

Há também o Hospital Municipal de Natal Dr. Newton Azevedo, localizado no Distrito Sanitário Leste, no bairro Petrópolis. Esse serviço foi inaugurado no dia 18 de dezembro de 2015, estruturado com 80 leitos, sendo 10 de Terapia Intensiva, 06 de Saúde Mental, 08 de pediatria clínica, 35 de clínica médica e 22 de clínica cirúrgica (este último a serem inaugurados em breve). A unidade hospitalar conta também com atendimento 24 horas em ortopedia clínica e em pronto atendimento adulto e infantil.

Dentro do componente hospitalar também encontramos outros hospitais de referência como Urgência Geral: Hospital Walfredo Gurgel – unidade hospitalar (esfera administrativa estadual) de referência para as urgências de pacientes de Natal e também do Estado do Rio Grande do Norte; Urgência geral e obstétrica: Hospital Pedro Bezerra – unidade hospitalar (esfera administrativa estadual) de referência para as urgências, inclusive as obstétricas. Atende Natal e referências do Estado do RN; Urgência Infantil: Hospital Maria Alice Fernandes - unidade hospitalar (esfera administrativa estadual) de referência para as urgências pediátricas dos pacientes de Natal e das referências do Estado do RN; Urgência Psiquiátrica: Hospital Psiquiátrico João Machado - unidade hospitalar (esfera administrativa estadual) de referência para as urgências Psiquiátricas. Além desses estabelecimentos, a rede de serviços do SUS conta ainda com o Hospital Memorial que atua na área de traumato-ortopedia no atendimento às urgências de pequenas lesões traumáticas.

Em necessidade de atendimento de urgência em domicílio ou vias públicas Natal dispõe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) que conta com uma frota de 09 viaturas de Suporte Básico, 03 viaturas de Suporte Avançado, 01 veículo para Posto Móvel Avançado, 06 motolâncias, 05 viaturas backup para USB, 02 viaturas backup para USA, 01 viaturas backup para motolância.

1.3.5 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é uma política de saúde garantida a todos os usuários do SUS por meio do artigo 6º, capítulo I, da Lei Nº 8.080/90, e pela Portaria MS nº 3.916 de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos (PNM) constituiu um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde da população.

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal conta com uma equipe de 78 Farmacêuticos, distribuídos nas farmácias das unidades de saúde da atenção básica e especializada, no Departamento de Assistência Farmacêutica - DAF, Setor de Demandas Judiciais e no Departamento de Logística e Suporte aos Serviços de Saúde - DLS.

Na rede primária de atenção à saúde apresenta-se de forma descentralizada, com uma farmácia em cada Unidade Básica de Saúde. No nível secundário, a AF está presente nas Policlínicas, nas unidades de atendimento pré-hospitalar (UPA's e SAMU), nas unidades de internação (Maternidade e Hospital) e nos Centros de Atenção Psicossocial.

O armazenamento e a distribuição dos medicamentos são realizados pelo Almoxarifado Central da SMS, sob gestão do Departamento de Logística e Suportes Imediatos - DLS, que conta com uma equipe de farmacêuticos responsáveis pelo armazenamento, gerenciamento de estoque e distribuição dos medicamentos e produtos para saúde a todas as unidades de saúde do município. Já a dispensação ao usuário e a avaliação do consumo são realizadas através do projeto "Farmacêuticos Distritais", onde o farmacêutico está lotado nas sedes dos Distritos Sanitários, tendo não só a responsabilidade técnica sobre farmácias das unidades básicas de saúde, como também passa a integrar a equipe de saúde, participando ativamente de todo planejamento e execução das ações e serviços propostos para a população assistida, além de realizar o acompanhamento farmacoterapêutico do usuário.

A reestruturação do Almoxarifado Central da SMS, que é responsável pela distribuição e armazenamento dos bens e itens de consumo desta Secretaria, também tem sido uma prioridade da gestão, com o objetivo de prover condições adequadas à garantia do correto armazenamento dos medicamentos e Produtos Para a Saúde - PPS, preservando

sua integridade desde a estocagem até a distribuição para os serviços de saúde, de acordo com as necessidades apresentadas.

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

Atualmente, outro programa voltado para a gestão de estoque, o ESTOQUE_PREFEITURA, desenvolvido em parceria com a UFRN, vem sendo utilizado, apenas no almoxarifado central para os itens não contemplados pelo HORUS. Diante das dificuldades para a implantação do sistema Hórus, o qual necessita de uma rede de conexão com a internet que não alcança determinadas unidades de saúde, do controle do estoque por meio de código de barras, que seria a forma mais segura de efetivar o controle, mesmo com a implantação do Hórus, é provável que será necessário um sistema complementar, principalmente para os itens não contemplados pelo HORUS. Deste modo, outros programas de gestão vêm sendo pesquisados para possível utilização.

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

Diante do contexto traçado, reafirma-se a necessidade de continuar investindo no fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica no município de Natal, buscando contar com instrumentos operacionais próprios e adequados à realidade municipal, garantindo o pleno acesso aos medicamentos pela população, o acompanhamento sistemático das ações realizadas e o consequente aumento da eficiência das ações do ciclo da assistência farmacêutica na rede de saúde em seus diversos níveis de atenção.

1.3.6 Apoio Diagnóstico

a) Laboratorial

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

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

Tais exames são executados a partir do seguinte desenho organizacional:

Postos de Coleta

São serviços de coleta de material para efetuação de exames laboratoriais. A coleta é realizada nas nossas unidades estratégicas para um melhor fluxo aos usuários. O quadro a seguir especifica as unidades de saúde que dispõem de Postos de Coleta.

Quadro 2: Unidades de Saúde que dispõem de Postos de Coleta

	DISTRITO SANITÁRIO	
	Norte II / Norte I	Oeste/ Sul/ Leste
UNIDADE DE SAÚDE	Policlínica Norte 2	C C Dr. José Carlos Passos
	Unidade de Pajuçara	Policlínica Esperança
	Guarapes	Planalto

Laboratórios Locais

São laboratórios que coletam e realizam exames laboratoriais para pacientes em atendimento nas suas dependências, onde estes pacientes vem agendados via unidade de referência de acordo com seu distrito.

Quadro 3: Relação dos laboratórios que coletam e realizam exames laboratoriais para pacientes em atendimento nas suas dependências

UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	MATERNIDADES	UNIDADES BÁSICAS
Unidade Mista de Mãe Luíza Upa Sul Upa Pajuçara Upa Potengi Upa Cidade Esperança Hospital Municipal de Natal	Unidade Araken Irerê Pinto Unidade Mista de Felipe Camarão Maternidade Prof. Leide Morais	Unidade Básica de Saúde Ponta Negra

Laboratórios de Referência

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

Laboratório de Referência Municipal em Análises Clínicas - Unidade da antiga Maternidade das Quintas.

Laboratório de Apoio

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

Os Testes Rápidos para diagnóstico de HIV e Sífilis estão sendo oferecidos e realizados nas Maternidades, no laboratório de Referência Distrital, nas unidades de urgência/emergência e em 10 unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Oeste, estando prevista a expansão da realização destes testes em toda a rede.

Os exames de pré-natal são oferecidos pelas unidades de saúde a todas as gestantes. O serviço de coleta de sorologia Pré-Natal é efetuado a partir de testes rápidos fornecidos

pelo Ministério da Saúde. Com estas amostras são executados os exames sorológicos de HIV, Sífilis, HbsAg, Hcv.

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

b) Diagnóstico por Imagem e Gráfico

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

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

Entretanto, os exames solicitados para pacientes internos ou/e em tratamento no hospital Dr. Luiz Antônio (Liga Norterriograndense contra o Câncer) são autorizados pelo auditor designado para esta unidade.

Em relação aos exames de alta complexidade, o usuário é encaminhado à sede dos Distritos Sanitários para a inserção no sistema de regulação e posterior agendamento pelo regulador médico.

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

Quadro 4: Exames segundo a forma de regulação e autorização

Procedimentos marcados pelas Unidades de Saúde via SISREG III	Procedimentos regulados pela Central Metropolitana de Regulação	Exames não cadastrados no sistema de regulação autorizados pelo auditor na LIGA	Exames regulados no complexo regulador do RN para os usuários de Natal*
Campimetria computadorizada	Broncoscopia	Cory biópsia	Ressonância magnética

Procedimentos marcados pelas Unidades de Saúde via SISREG III	Procedimentos regulados pela Central Metropolitana de Regulação	Exames não cadastrados no sistema de regulação autorizados pelo auditor na LIGA	Exames regulados no complexo regulador do RN para os usuários de Natal*
Mamografia	Biópsia de próstata guiada por ultra	Revisão de lâmina	Tomografia Computadorizada
RX Simples	Colonoscopia	Imunohistoquímico	Cintilografia
	Doppler venoso de mmii	Mielograma	Densitometria
	Doppler de carótida		Lipotripsia
	Endoscopia digestiva alta		
	Eletroneuromiografia		
	Espirometria		
	Holter 24 h		
	Punção ASPIRATIVA de Mama (PAAF)		
	Punção aspirativa de tireóide		
	RX contrastado		
	Teste ergométrico		
	Ultrassonografias		
	Eletroencefalograma		
	Ecocardiograma		
	Anatomopatológico de Tireóide e Mama (Usuários de Natal)		
	Arteriografia		
	Angiografia		
	Cateterismo		

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

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

Quadro 5: exames ofertados de forma atrelada à assistência ambulatorial ou de urgência, realizados na própria unidade de saúde.

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

1.3.7 Vigilância em Saúde

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

Na SMS as áreas de atuação estão concentradas nos seguintes setores: Estatísticas Vitais, Vigilância Epidemiológica, Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

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

Vigilância Epidemiológica

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Natal as ações de vigilância epidemiológica são exercidas pelo Departamento de Vigilância em Saúde através do Setor de Vigilância Epidemiológica e núcleos responsáveis pelo monitoramento das doenças de notificação compulsória, doenças e agravos não-transmissíveis, coordenação municipal de imunização e monitoramento das emergências em saúde pública e agravos inusitados.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, de forma que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. São funções da vigilância epidemiológica: coleta, processamento e análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes.

Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária tem a finalidade de minimizar, prevenir ou mesmo evitar a ocorrência de doenças ou outros agravos à saúde, decorrentes do uso ou consumo de produtos e de serviços para a saúde. Assim, são estruturadas atividades que venham trazer resultados positivos no que diz respeito aos objetivos citados nos estabelecimentos sujeitos a inspeção sanitária, além de outras ações que busquem a manutenção da saúde pública.

São inerentes a este Setor, atividades tais como: cadastro e inspeção de estabelecimentos, atividades educativas para a população e setor regulado, recebimento e atendimento de denúncias, além disso, são desenvolvidas ações no sentido de contribuir e articular com as demais linhas de cuidado da Secretaria Municipal de Saúde, tais como: redução da mortalidade infantil e materna; redução de agravos relacionados ao uso de sangue; contribuir para o cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica, e contribuir para a promoção de uma alimentação saudável.

Durante a série histórica no período de 2014 a 2017, é notório o crescente quantitativo de estabelecimentos sujeitos a Vigilância Sanitária (VISA), apesar desse aumento e do baixo número de técnicos do setor, ainda assim, houve um aumento de produção em relação ao número de inspeções no decorrer dos anos.

No ano de 2014, obtivemos um valor total de 3.227 inspeções, distribuídas em diversos serviços de interesse a saúde sujeitos a ação da VISA, sendo o seguimento de alimentos o que apresenta um maior número (1.060), seguido de serviços de saúde (1.028), saúde ambiental (470), medicamentos (445) e saúde do trabalhador (224).

Já nos anos de 2015 e 2016, houve um crescimento considerável do número de inspeções: 4.802 e 5.592, também mantendo um valor mais elevado de inspeções nos serviços de alimentos e menor para a área de saúde do trabalhador; tal redução, pode ser explicada pela transversalidade da área. Com a concentração dos técnicos no nível central, os técnicos da área de saúde do trabalhador, estão inseridos nas inspeções das outras áreas da VISA.

Para o ano de 2017, até o mês de agosto, registra-se um total de 4.826 inspeções, supera o valor atingido em 2015 e praticamente alcança o de 2016. Esse crescimento, pode ser atribuído a uma otimização no processo de trabalho envolvendo a reorganização e otimização dos Recursos Humanos existentes neste setor.

Uma das preocupações do Serviço de VISA é o cadastro subdimensionado dos Serviços de Alimentação. Atualmente, tem-se um registro de 3.508 (três mil quinhentos e oito estabelecimentos). Considerando que esse número de estabelecimentos não reflete o universo real, a VISA vem ao longo dos anos focando ações de acordo com as demandas espontâneas, principalmente, através de solicitações de Alvará Sanitário e atendimento à denúncias.

Acompanhando o crescimento de inspeções, também temos o aumento de arrecadação com as taxas, incluindo os alvarás e multas. Totalizando uma somatória de R\$ 596.472,97, valor este, maior do que os arrecadados durante a série histórica em questão (R\$ 516.903,03 ; R\$ 477.705,16; R\$ 477.081,14).

O número de alvarás sanitários liberados no ano de 2014 foi de 3.125, em 2015 3.510, e em 2016 3.693 alvarás. No ano de 2017, até o momento, foram expedidos 3.290 alvarás. Vale salientar, que o Alvará Sanitário está condicionado ao atendimento integral das normas sanitárias pertinentes, significando que o Serviço de VISA faz em média três inspeções sanitárias para a liberação da referida licença. Dessa forma, o alto percentual de Alvarás Sanitários liberados em relação às solicitações feitas ao Setor é um indicativo de credibilidade do Serviço de Vigilância Sanitária, e, ainda, da qualidade do Setor Regulado, que vem atendendo as exigências regulamentares pertinentes.

No que diz respeito as denúncias recebidas, são predominantemente relacionadas a Dengue (57%), e as restantes (43%), relativas as áreas de Vigilância Sanitária. No ano de 2014, foram recebidas 1.408 denúncias, no ano de 2015, 1834 denúncias, no ano de 2016, 2.915 denúncias, dos quais foram atendidas em média de 75% a 80% em cada ano. Já em 2017, foram recebidas até o momento 886 denúncias, das quais já foram atendidas 88%.

Ressalta-se aqui um grande avanço do Setor com a implantação dos processos eletrônicos e o funcionamento do site de serviços da VISA, que pode ser acessado através do site da Prefeitura do Natal.

Vigilância da Saúde do Trabalhador

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador foi Instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 do Ministério da Saúde, que em seu artigo segundo, define os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na

vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), o termo saúde do trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença e que trabalhador é toda pessoa que exerce uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal de trabalho inclusive na forma de trabalho familiar e/ou doméstico.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080 de 19/09/90 em seu Art. 6º - Parágrafo 3º define a saúde do trabalhador como um conjunto de atividades que visa à promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho e atribui funções aos CEREST's no âmbito da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – RENAST a saber:

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica

Tem como principal clientela, trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho e ou com doenças e agravos ocupacionais, referenciados pela rede básica de saúde, hospitais, rede privada, empresas, sindicatos, Procuradoria Regional do Trabalho, Centros de Apoio Psicossocial – CAPS, Fórum de Proteção ao Meio Ambiente do Trabalho, e os que procuram o serviço espontaneamente, oferecendo serviços de acupuntura, clínica médica, medicina do trabalho, psiquiatria, psicologia, fisioterapia e enfermagem.

A procura ambulatorial do CEREST vem apresentando uma alta demanda, no entanto, os serviços ofertados, ainda que com o quadro reduzido, também se mostra crescente durante os períodos de 2014 a 2017.

No ano de 2014, foram realizados 6.195 atendimentos, dos quais o maior número são para serviços de enfermagem (2.357), seguido de atendimento na área de fisioterapia

(1.468), clínica médica (755), psiquiatria (681), psicologia (480), medicina do trabalho (384) e acupuntura (70).

No ano de 2015, foram realizados 7.965 atendimentos, dos quais a atividade de acupuntura passou de 70 para 219 em 2015, mostrando que as práticas integrativas e complementares em saúde, paulatinamente se tornaram uma realidade na rede de atenção à saúde pública. Outro aumento que merece destaque, é o de atendimentos na área de psiquiatria, atingindo um valor de 1.518 em 2015, mais do que o dobro de 2014.

No ano de 2016 onde foram realizados um total de 8.343 atendimentos. Comparando-se ao ano de 2015 observa-se um aumento de 5% em relação a sua produção. Seguiu-se também um aumento de atendimentos psiquiátrico (1.629), no entanto, houve uma redução de atendimentos de clínica médica em relação ao ano de 2015, passando de 860 para 462, alertando sobre a preponderância das doenças mentais sobre as físicas.

Já em 2017, foram realizados até o mês de agosto, 6.679 atendimentos e analisando-os por área, observou-se uma redução na área de psiquiatria, a qual havia aumentado em anos anteriores, passando de 1236 para 1120 (valores comparativos do primeiro e segundo quadrimestre de 2016 e 2017).

Em relação ao número de casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho, observou-se uma redução, caindo de 1.107 para 892 notificações de 2015 para 2016, das quais o maior número é por acidente com Exposição a Material Biológico, em segundo lugar, temos as causas por transtornos mentais, justificando a crescente demanda de atendimento psiquiátrico realizada durante esse período. No ano de 2017, até o primeiro quadrimestre, foram notificados 239 acidentes de trabalho, seguindo o mesmo perfil de agravo dos anos anteriores.

Vigilância Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. É também atribuição da VSA os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana, associados a contaminantes ambientais, especialmente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo.

Dentro da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM, as áreas de atuação são: Vigilância da qualidade da água para consumo humano- VIGIAGUA; Vigilância em saúde de populações expostas a poluentes atmosféricos - VIGIAR; Vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos – VIGIPEQ; Vigilância em saúde ambiental relacionada aos riscos decorrentes de desastres – VIGIDESASTRES e Vigilância em saúde ambiental.

Analisando os anos de 2014, 2015, 2016 e 2017, percebe-se que o problema mais recorrente está no controle de desinfecção da água, índice de Cloro Residual Livre, responsável por matar a maioria das patologias presentes na água, prevenindo a recorrência dos coliformes termotolerantes (e. Coli). Assim que encontrada falta de Cloro Residual ou presença de Coliformes Termotolerantes na água a companhia de fornecimento é notificada para proceder com a devida correção do parâmetro em até 7 dias úteis.

Durante o ano de 2014 foram analisadas 725 coletas, das quais 156 análises apresentaram cloro fora do padrão (21,51%), sendo este considerado o padrão com maior percentual de irregularidade nos três quadrimestre de 2014 e conseqüentemente anual.

No ano de 2015 de acordo com controle interno através da planilha físico-química tiveram 300 análises, dessas, 21 foram para análises do vibrio cólera, então a análise dos padrões básico foram 279 das quais 73 apresentaram desconformidade em Cloro Residual Livre, em relação a 2014 houve piora na qualidade em função do processo de cloração da companhia de água da cidade, pois representou 26,16% das amostras sem Cloro.

Já para 2016 foram realizadas 695 análises, das quais 215 estavam fora do padrão no parâmetro Cloro Residual Livre representando 30,93% de desconformidade.

Neste ano (2017) já foram analisados 420 coletas de janeiro até 18 de outubro, das quais 220 apresentaram desconformidade no padrão Cloro Residual Livre, representando 52,38% em desconformidade do campo analisado, este resultado reafirma o crescimento subsequente ano a ano no problema de desinfecção da água distribuída na cidade.

Fazendo comparativo quanto ao controle da qualidade da água do município de Natal houve piora nos cuidados de desinfecção que é o parâmetro de quantidade de cloro residual livre presente na água fornecida.

Os demais parâmetros como (Cor aparente, turbidez, pH) são parâmetros físico-químicos da água, que normalmente está relacionado diretamente ao manancial ou poço de captação, que poderá ser controlado, porém, nem todos os casos conseguiram um tratamento com 100% de conformidade, mas a companhia de água e esgoto, através dos

processos de tratamento consegue estabelecer padrões aceitáveis para consumo humano.

Já o parâmetro Nitrato tem uma relação mais forte com a falta de esgotamento sanitário da cidade, e a companhia de água e esgoto da cidade através do nosso monitoramento e notificações vem melhorando a condição da qualidade da água fornecida a população em relação a este indicador.

Vigilância das Zoonoses

O Centro de Controle de Zoonoses de Natal foi fundado em outubro de 1984, pela Secretaria de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte, sendo municipalizado em 1986, configurando assim, a primeira unidade de saúde que passa para a gestão municipal. Inicialmente tinha como função desenvolver ações voltadas para o recolhimento, a vacinação de cães e gatos, e a eutanásia de cães, com vistas ao controle da raiva.

Com o decorrer dos anos, outros programas de saúde pública foram sendo incorporados à rotina operacional dessas unidades, como o controle de roedores, de animais peçonhentos e de vetores, especificamente do vetor transmissor da Dengue, que se incorpora em 1997, sendo este último favorecido pela descentralização das atividades de controle de endemias, até então trabalhadas principalmente pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Em 2001, ocorre a descentralização das ações de controle das endemias para os municípios, com o repasse de recursos humanos e um incremento na estrutura física do Centro, bem como de estrutura veicular e de insumos.

O Centro de Controle de Zoonoses seguindo a Portaria 1.378, de 9 de julho de 2013, que diz que as ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública; a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis e a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, bem como a Portaria 1.138, 23 de maio de 2014, a qual define as ações e serviços de saúde voltados para a vigilância, a prevenção e o controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos ou venenosos, de relevância para saúde pública, foi elaborado o novo modelo de funcionamento do Centro de Controle de Zoonoses.

Diante desse quadro, em 2013 dá-se início ao processo de reestruturação técnico-administrativa do Centro, tendo em vista, a organização de alguns processos de trabalho, e da reorganização da área administrativa, tanto no sentido da gestão de recursos humanos, quanto na gestão financeira e de logística de armazenagem e distribuição de materiais, além de organização da estrutura veicular. Nesse sentido a área administrativa é dividida em duas gerências, a saber, Gerência Administrativa e Gerência de Gestão do Trabalho.

Na Gerência Administrativa estão os Núcleos de logística e de serviços, responsável pela manutenção, logística de armazenamento e distribuição de insumos e materiais, e o Núcleo de Transporte. Na Gerência de Gestão do Trabalho estão os Núcleos de Informação de Pagamento, Saúde do Trabalhador e de Educação Permanente.

Na área técnica está a Gerência Técnica, onde estão os Núcleos de Análise de Situação de Risco em Saúde, Vigilância Entomológica, Vigilância de Primatas não humanos e quirópteros, de Biodiagnóstico, além dos Núcleos de Operações de Campo, e o de Manejo dos Animais.

O atendimento ao público se dá no Núcleo de manejo dos animais, onde disponibilizamos os serviços de vacinação antirrábica e de coleta de sangue para diagnóstico da Leishmaniose Visceral Canina, além de recolhimento de animais suspeitos de raiva e/ou outra epizootia e de animais com sorologia positiva para Leishmaniose Visceral Canina, todos os dias, de 6h as 18h, em regime de plantão.

Em 2016 foi dado início a reforma do Núcleo de Manejo dos Animais, assim como a locação de um outro prédio no bairro de Nova descoberta, com o objetivo de abrigar toda estrutura técnico-administrativa do Centro, bem como de toda estrutura laboratorial, melhorando assim a ambiência e a prestação de serviços a população. No ano de 2017, deverá ter início o funcionamento do Laboratório de Biologia Molecular, dando retarguada a identificação de risco, aumentando a oportunidade na resposta aos agravos dentro do âmbito de atuação do Centro.

Em relação a série histórica no período de 2014 a 2017, verifica-se que a distribuição dos casos notificados para arboviroses , as notificações para dengue predomina, a partir do ano de 2015, temos a introdução dos vírus da zika e chikungunya, porém dengue ainda tem o maior número de casos. Durante o período em questão, foram notificados 21.201 casos para dengue, 9.255 casos para chikungunya e 1.603 casos para zika.

1.4 GESTÃO DO SUS EM NATAL

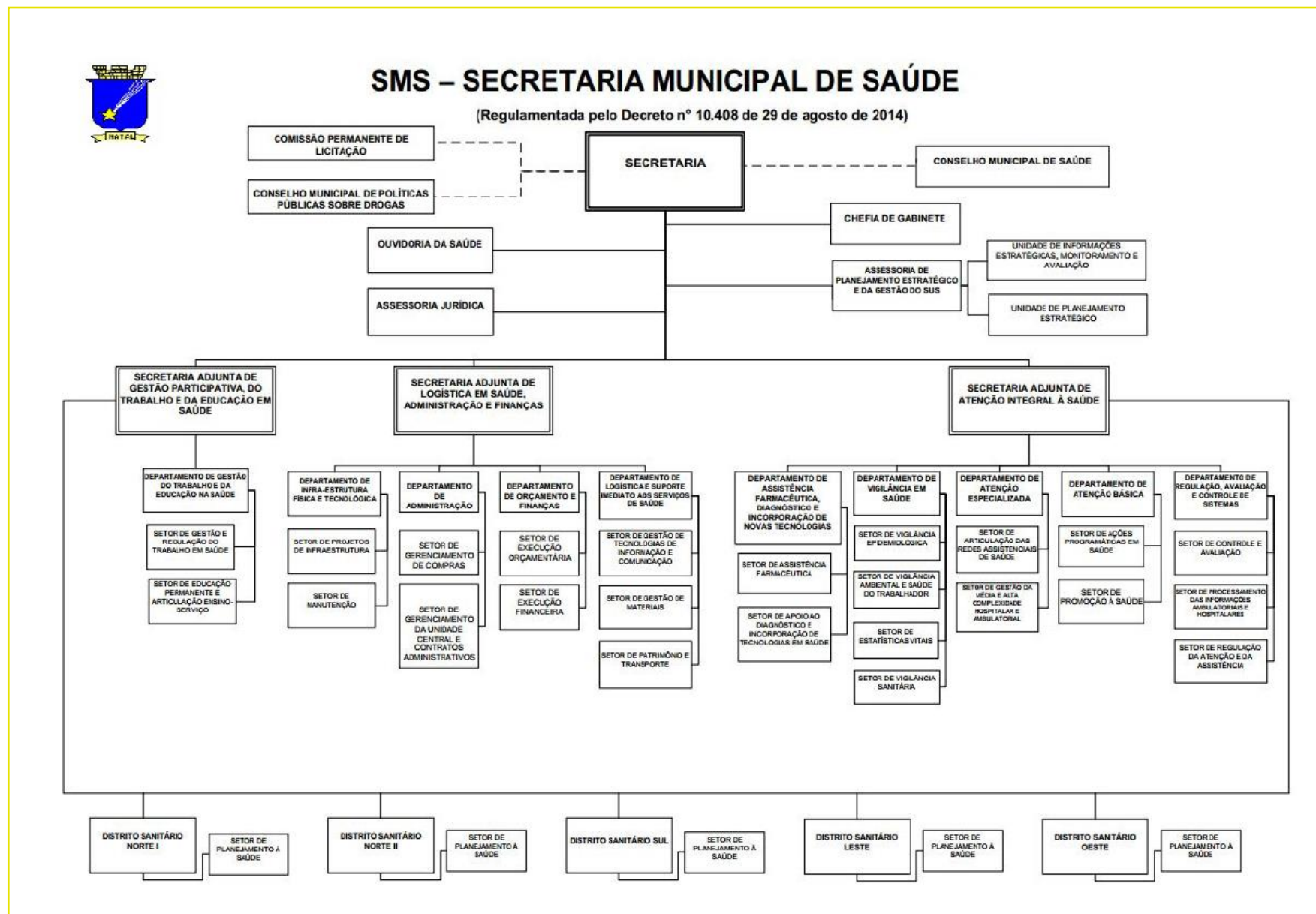
1.4 GESTÃO DO SUS EM NATAL

1.4.1 Caracterização Geral da Estrutura Organizativa

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal criada pela Lei nº 3394, de 21 de janeiro de 1986, é órgão de execução programática, integrante da Administração Pública Municipal Direta, diretamente vinculada ao Gabinete do Prefeito, nos termos da Lei Complementar Nº 141, de 28 de agosto de 2014. Órgão Gestor do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, de acordo com as Leis Federais nº 8080/90 e 8142/90, tem como propósito formular e executar a política de saúde pública no âmbito do município de Natal com a finalidade de promover a saúde da população, realizar de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde nas dimensões individual e coletiva, regular as atividades públicas e privadas relativas à saúde e promover a vigilância em saúde.

Quanto às competências e atribuições, apesar das constantes alterações promovidas por atos jurídicos que tratam da matéria para toda a estrutura do Executivo Municipal, permanece em vigor o que está especificado na Lei Complementar nº 020 de 03 de fevereiro de 1999, consoante com o que determina a Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990).

Em relação à estrutura organizacional, continua em vigor o organograma que foi aprovado no Decreto nº10.408/2014 conforme figura a seguir.



1.4.2 Controle Social

A gestão estratégica e participativa é um dos grandes desafios do SUS. Isso porque, em um país com uma cultura democrática ainda tão jovem como o Brasil, estabelecer uma política pública que a coloque como transversal a todos os seus princípios e diretrizes, é uma iniciativa ousada.

Nessa perspectiva, a gestão estratégica e participativa deve se tornar uma marca do SUS, assim como foi a participação popular no movimento de luta pela reforma sanitária.

Está claro para a Secretaria Municipal de Saúde de Natal que essa forma de gestão exige a construção de arranjos organizativos que viabilizem e potencializem a participação dos diversos atores que compõem o SUS nos processos decisórios que afetam não somente o sistema de saúde, mas as condições de vida e de saúde da população.

Em maio de 2015 foi realizada a VII Conferência Municipal de Saúde de Natal, com o tema “Saúde Pública de Qualidade Para Cuidar Bem das Pessoas - Direito do Povo Brasileiro”, o que é um marco de suma relevância, uma vez que nela foram traçadas diretrizes e elencadas prioridades para as políticas de saúde, além de ser um mecanismo de fortalecimento do controle social do SUS no âmbito do município.

A ouvidoria SUS de Natal foi implantada em 2014, com o potencial de ser um canal direto de comunicação entre a gestão, os profissionais e os usuários do sistema de saúde, contribuindo para a qualificação da gestão e da atenção.

Cabe ressaltar que todos os componentes da política de gestão estratégica e participativa do SUS - PARTICIPASUS, a saber: o controle social (especialmente via conferências e conselhos de saúde); a ouvidoria; a auditoria e o monitoramento e avaliação da gestão do SUS, estão presentes nas linhas prioritárias deste plano de saúde, demonstrando o compromisso da SMS com a efetivação de espaços democráticos no âmbito do SUS municipal.

1.4.3 Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

A consolidação do SUS tem exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas de governo, a identificação e definição de estratégias para resolução dos problemas de recursos humanos em saúde, indicando também, a necessidade do fortalecimento das práticas de gestão nesse campo.

No âmbito da gestão de pessoas, a SMS Natal enfrenta um significativo déficit de servidores de nível médio e superior para atuarem no nível central, nos distritos sanitários, nas unidades de Atenção Básica, inclusive junto às equipes das Unidades de Estratégia de Saúde da Família; e na Atenção Especializada, junto aos diversos serviços pré-hospitalares, ambulatoriais, de saúde mental e de saúde do trabalhador.

Esse déficit de profissionais produz impactos negativos, dificultando a prestação dos serviços, sobrecarregando os servidores existentes e prejudicando o alcance dos indicadores de saúde previstos nos instrumentos de planejamento da SMS Natal.

Nos últimos anos, a rede de serviços da SMS tem se expandido, com a implantação de novas Equipes de Saúde Bucal e de Estratégia de Saúde da Família, no plano de expansão da Atenção Básica. Ocorreu também a abertura de vários serviços de Atenção Especializada, como o Hospital Municipal Dr. Newton Azevedo, as Unidades de Pronto Atendimento - UPAS Pajuçara, Esperança, Potengi e Satélite, a Maternidade Arakén Irerê Pinto, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, a Residência Terapêutica Sul, o Centro de Especialidades Integradas Leste (municipalizado), a abertura de novos leitos de UTI e a ampliação de leitos nas maternidades, entre outros.

Ao mesmo tempo em que a rede foi se expandindo, tem sido registrada a saída de um contingente de servidores, seja em decorrência da aposentadoria, vacância, ou retorno aos órgãos de origem (principalmente a Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP/RN), entre outros. Considerando que o último concurso público para esta secretaria ocorreu em 2008, a provisão dos trabalhadores para suprir a demanda gerada pelos referidos serviços tem sido efetuada através de processos seletivos para contratação temporária, ou de contratação, no caso dos profissionais médicos, das cooperativas. Destaca-se que isso expressa uma precarização do trabalho no âmbito da secretaria de saúde, além do fato de não ser a forma ideal de ingresso no serviço público.

Cabe ressaltar, também, que o município vem enfrentando dificuldades de ordem financeira, tendo, neste ano de 2017, ultrapassado o limite prudencial de gastos com pessoal, o que ocasionou a assinatura de um Termo de Ajustamento de Gestão - TAG n.º 002/2017, firmado entre a Prefeitura Municipal de Natal e o Ministério Público de Contas - MPC do estado do Rio Grande do Norte, em 19 de julho de 2017, para adequar atos e procedimentos da administração municipal aos padrões de regularidade constitucional e legal.

Diante disso, o município publicou o Decreto n.º 11.319, de 01 de agosto de 2017, estabelecendo regras para racionalizar os gastos da administração direta e indireta do Poder Executivo Municipal. Em decorrência do referido decreto, a SMS também adotou medidas austeras para contenção de despesas, a fim de se ajustar a esse cenário.

Nesse contexto, o Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – DGTES, tem preparado os trâmites para a realização do concurso público em 2018. Além disso, será realizado um estudo de dimensionamento, a fim de identificar de forma fidedigna, a necessidade de servidores para assegurar a continuidade dos serviços, suprimindo a demanda no nível de atenção e de gestão, em todas as instâncias da SMS.

Atualmente, a SMS Natal possui 7.394 trabalhadores, entre servidores públicos com vínculo efetivo; profissionais com vínculo temporário contratados via processo seletivo simplificado; profissionais terceirizados e estudantes de nível médio e superior, em estágio obrigatório e não obrigatório.

Quadro 6: Número de profissionais por órgão de origem

ORIGEM DO PROFISSIONAL	TOTAL GERAL
SMS	3921
Cargo Comissão	68
Contrato Temporário	1593
Cooperativa	432
Estagiários	118
Funasa/MS	193
SESAP	305
Mais Médicos/PROVAB	42
Alimentar/Urbana	54
Terceiros	603
Outros Órgãos	65
TOTAL	7394

Fonte: Relatório do SIG-LOS, dez. 2017, exceto o grupo profissional "cooperativas", cujos dados foram fornecidos pelo DGTES.

É importante também salientar a existência de um Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos da área da saúde (estabelecido pela Lei Complementar n.º4.108/1992); um Plano Geral que engloba os servidores de categorias consideradas não exclusivas do setor sanitário (Lei Complementar n.º 118/2010) e o Plano de Cargos e Carreira Médica instituído pela Lei Complementar n.º 157, de 14/04/2016, já aprovado e faltando somente ser implementado.

Outro aspecto de suma relevância para implementar um SUS democrático, equitativo e eficaz, é o investimento na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde. A fim de contribuir com a construção de um perfil profissional mais alinhado com os princípios do SUS, foi elaborado um Plano de Educação Permanente em Saúde, que representa um instrumento importante para o fortalecimento das ações em saúde do município de Natal e tem como elementos norteadores a portaria ministerial n.º 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004 (dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde), e a portaria GS/SMS n.º 54 de 21/03/2014, a qual dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política municipal de Educação Permanente em Saúde na cidade do Natal.

É importante assinalar que a educação permanente em saúde tem como objeto a transformação do processo de trabalho orientado para a melhoria da qualidade dos serviços, a equidade no cuidado e do acesso aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, o Plano de Educação Permanente em Saúde possui como público alvo servidores efetivos da SMS/técnico-administrativos em saúde, Gestores/ Gerentes dos serviços, servidores celetistas (contratos temporários), terceirizados e estagiários, e tem como objetivo dotar a SMS Natal de uma força de trabalho qualificada em nível gerencial e técnico-assistencial, para desempenhar com eficácia e eficiência suas competências institucionais, em sintonia com a missão, diretrizes e objetivos institucionais.

1.4.4 Planificação em Saúde

Planejar é sempre um grande desafio. No âmbito do SUS, então, esse desafio se torna mais complexo. Isso porque, construído a partir de um movimento popular, espera-se que no contexto desse sistema de saúde, os processos de tomada de decisão sejam realizados de forma democrática e participativa.

Nessa perspectiva, a SMS tem adotado o Planejamento Estratégico Situacional como método, buscando fazer dos instrumentos previstos na política de planejamento do SUS não somente documentos formais que cumprem a norma legal; mas principalmente, ferramentas vivas que orientem e subsidiem os gestores e trabalhadores da saúde no seu cotidiano.

Na SMS Natal, tem sido uma prioridade a compatibilização dos instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) com instrumentos de planejamento e orçamento de governo – Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), a fim de otimizar o uso dos recursos orçamentários da Secretaria Municipal.

Diante disso, a elaboração de cada instrumento, a iniciar pelo Plano Municipal de Saúde (PMS), tem se dado de forma cada vez mais participativa, buscando envolver os diversos atores que compõem o cenário do SUS em Natal/RN.

No processo de elaboração deste PMS, foram realizadas oficinas no nível local, onde diretores e administradores, bem como profissionais e usuários dos serviços de saúde, foram convidados a discutir os principais problemas existentes no território, seus fatores determinantes/condicionantes e os problemas do sistema de saúde. Em seguida, poderiam ser elencadas propostas para superação.

Esse mesmo movimento ocorreu nos cinco distritos sanitários da cidade e no próprio nível central da SMS. Posteriormente, foi realizada uma grande oficina em nível municipal, para que todo o material fosse analisado, discutido e revisado. O texto, sistematizado em diretrizes, metas e objetivos, foi disponibilizado para consulta pública via internet, durante 30 dias.

O mesmo documento foi encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde, para apreciação. Concluídos esses trâmites, procedeu-se à sistematização e finalização deste plano.

Ao mesmo tempo em que este plano apresenta um diagnóstico situacional que revela muitos desafios que são persistentes no SUS e que se agravam em um cenário nacional de desconstrução dos direitos e das políticas sociais; também traz um conjunto de objetivos, diretrizes e metas que expressam uma intencionalidade e uma esperança de que o SUS pode se consolidar como um sistema de saúde público, universal, gratuito e de qualidade.

1.4.5 Financiamento do SUS em Natal

Os recursos destinados às ações do SUS em Natal são orçamentados e movimentados via Fundo Municipal de Saúde (FMS) o qual integram as fontes de recurso: ordinários do tesouro municipal, transferências do SUS (federal e estadual) e repasses via celebração de convênio, dentre outras modalidades.

Os repasses efetuados pelo Governo Federal são realizados através de dois blocos de financiamento: o bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e o bloco de Investimento na Rede de serviços Públicos de Saúde, conforme preconizados na Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.

As Receitas de transferência do SUS proveniente do ente Estadual são repassadas por meio do Termo de Cooperação Técnica Financeira entre a Secretaria de Estado da Saúde Pública- SESAP e a Secretaria Municipal de Saúde de Natal, cujo objetivo desse termo é viabilizar a transferência de recursos financeiros fundo a fundo, com vistas ao fortalecimento da atenção especializada à saúde em procedimentos cirúrgicos e intervencionistas de modo ininterrupto na rede de serviços credenciados em Natal.

A Gestão Estadual Participa do custeio das ações do componente da Assistência Farmacêutica Básica, estabelecido pelo artigo 2º da Portaria GM/MS nº 2.982 de 26 de novembro de 2009 e do componente MAC com repasses para o SAMU em conformidade com o artigo 1º da Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002 e art 1º port GM/MS nº 948 de 15 de maio de 2011 e para as UPAS em conformidade com o artigo 1º da Portaria GM/MS nº 1.020 de 13 maio de 2009. Além desses realiza repasses de recursos para o fortalecimento da gestão da atenção primária com foco na vigilância, normatizado pela Portaria SESAP/RN nº 242 de 30 de junho de 2014.

A previsão dos repasses da SESAP para a SMS, somando o termo de compromisso e as contrapartidas referidas no parágrafo anterior totalizam R\$ 61.000.000,00 por ano e representa 15,54% das transferências do SUS.

Apesar de ter ocorrido uma sensível melhora nos repasses estaduais referente aos recursos do Termo de Cooperação entre entes Públicos (TCEP) no tocante à regularidade do repasse, no montante total a ser repassado por mês ainda não conseguiu cumprir com o pactuado no cronograma de desembolso. Persiste a dificuldade na efetivação do repasse dos recursos referentes a contrapartidas obrigatórias para o custeio das UPAS, Farmácia

Básica, SAMU e Pabinho Fixo da Atenção Básica para apoiar as ações empreendidas no âmbito do município. Sendo este um dos fatores que contribui para a frustração na expectativa nessa fonte de receita.

Em relação às outras remessas intergovernamentais, os repasses de convênio representam valores mínimos no cômputo geral dos recursos transferidos para o município.

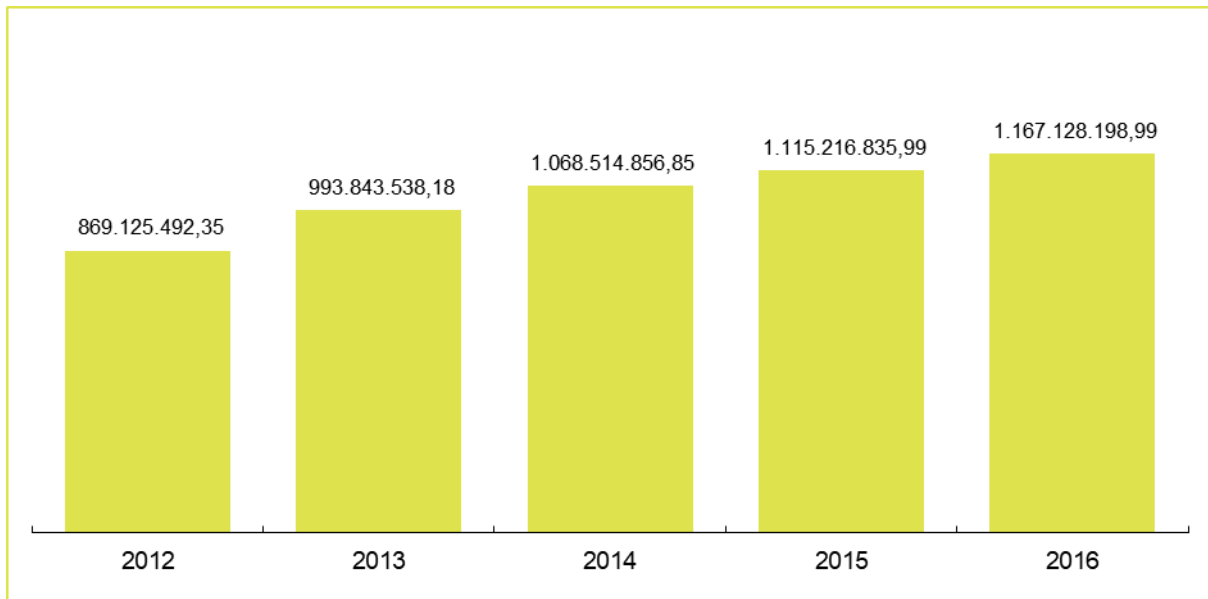
Grande parte dos recursos financeiros transferidos tem a base populacional como parâmetro para cálculo dos valores de referência de cada ente federado. Faz parte dessa metodologia desde o custeio pelo Piso da Atenção Básica (PAB), o Piso Fixo da Vigilância em Saúde, além das transferências para a Assistência Farmacêutica Básica e Média e Alta complexidade.

Para acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, a SMS utiliza o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS) que é a ferramenta oficial utilizada pelas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal). Consiste num sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde.

A seguir será feita uma análise retrospectiva a fim de se mostrar a evolução da receita e da aplicação de recursos em saúde no município, com base nos dados do SIOPS.

A série histórica apresentada no gráfico a seguir mostra a evolução da receita do município de Natal relativa a impostos e transferência constitucionais (FPM, ITR, IPVA, ICMS E IPI), onde se pode observar uma elevação da arrecadação no período de 2012-2016. Essa receita teve um incremento de 34,3% que corresponde a um montante de quase 300 milhões de reais, no período em análise.

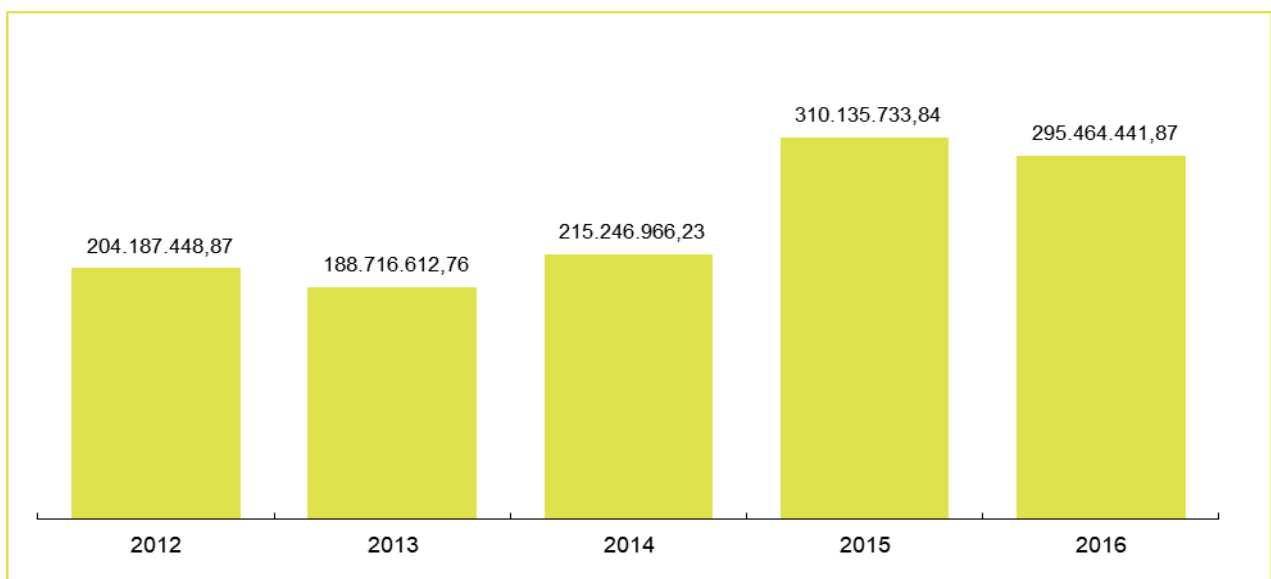
Gráfico 5: Receitas de impostos e transferência constitucionais por ano. Natal/RN. 2012-2016



Fonte: MS/DATASUS

Em relação às transferências de recursos do Sistema Único de Saúde-SUS provenientes do Governo federal, verifica-se que também ocorreu aumento no valor repassado no período que chegou a 44,7% quando comparado ao ano de 2012, mesmo com duas oscilações de queda de valores. De 2015 para 2016 houve uma redução de 14,7 milhões na receita, conforme pode ser visualizado no gráfico, dessa forma, o montante repassado chegou a R\$ 295.464.441,87 em 2016.

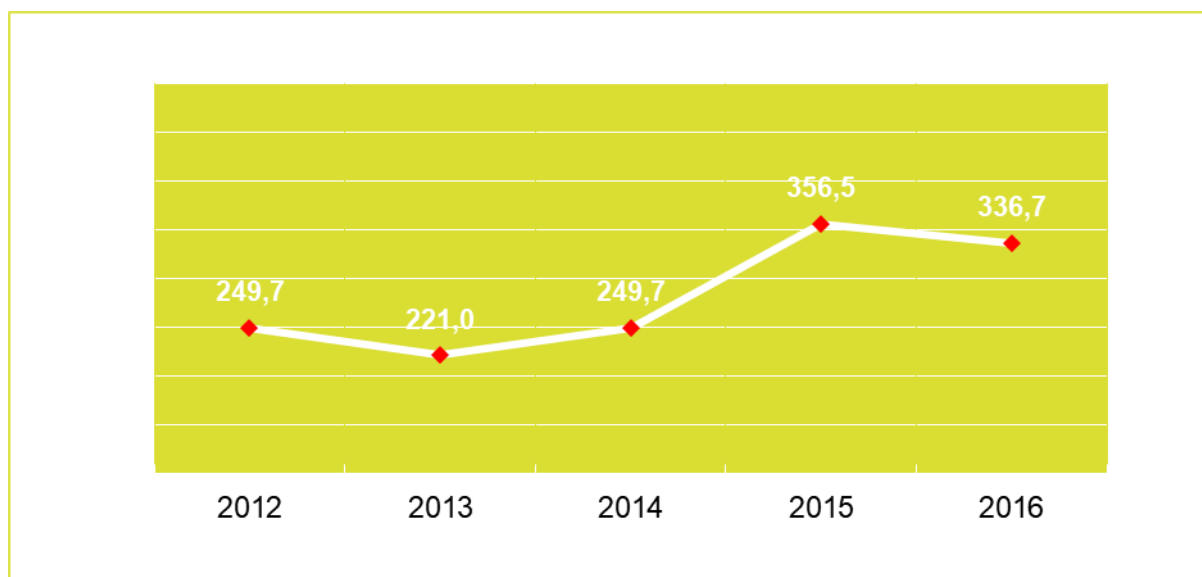
Gráfico 6: Receitas transferidas pelo SUS por ano. Natal/RN. 2012-2016



Fonte: MS/DATASUS

Quanto aos recursos investidos per capita, é importante ressaltar que o Governo Federal repassou R\$336,65 por habitante/ano para o município de Natal em 2016 e que esse valor foi inferior ao repassado no ano anterior (R\$356,50 por habitante/ano).

Gráfico 7: Receitas transferidas pelo SUS por habitante/ano. Natal/RN. 2012-2016



Fonte: MS/DATASUS

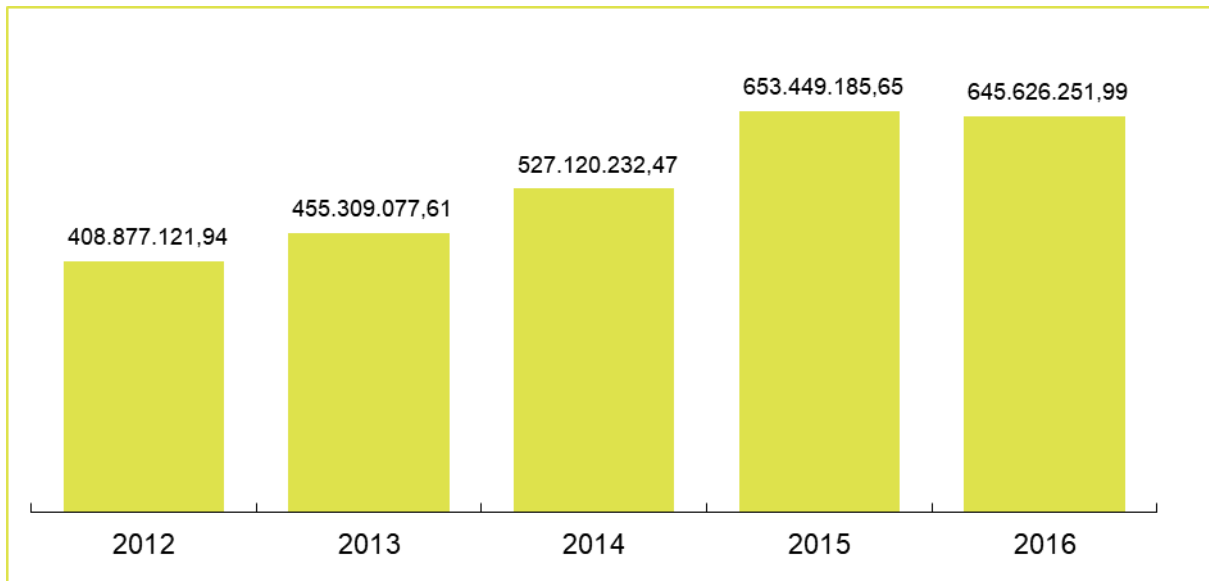
Despesas

De acordo com a Lei Complementar nº 141/2012, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de Saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo.

Nesse contexto, as despesas com recursos próprios representam, em média, 50% das despesas totais com saúde do município dos últimos 5 anos.

Essas despesas tem se mostrado crescente, porém em 2016 apresentaram queda, assim como as receitas transferidas pelo SUS para Natal. Nesse mesmo ano as despesas totalizaram R\$645.626.251,99 e, em relação ao ano de 2012, o crescimento foi de quase 60%.

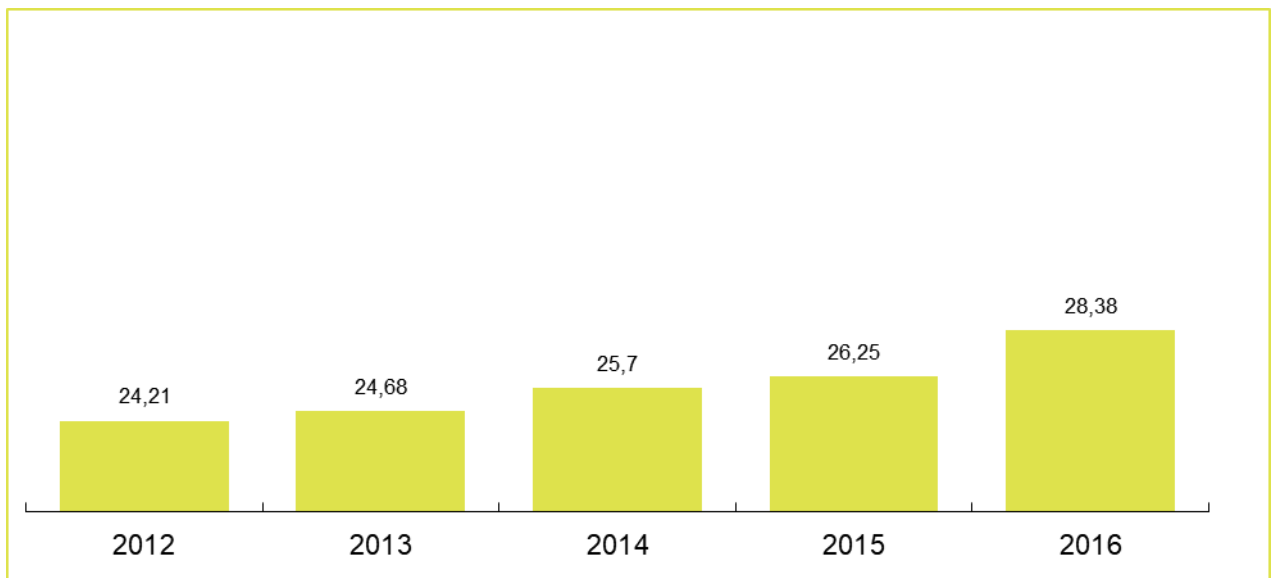
Gráfico 8: Despesa total com saúde por ano. Natal/RN-2012-2016



Fonte: MS/DATASUS

A Emenda Constitucional nº 29/2000 determina que a aplicação de recursos próprios na saúde sejam de, no mínimo, 15% da receita do município. Natal vem cumprindo o estabelecido na legislação e, como pode ser visto na série histórica, o percentual de aplicação é superior a 24% no período de 2012 a 2016, chegando a atingir 28,38% no último exercício(2016).

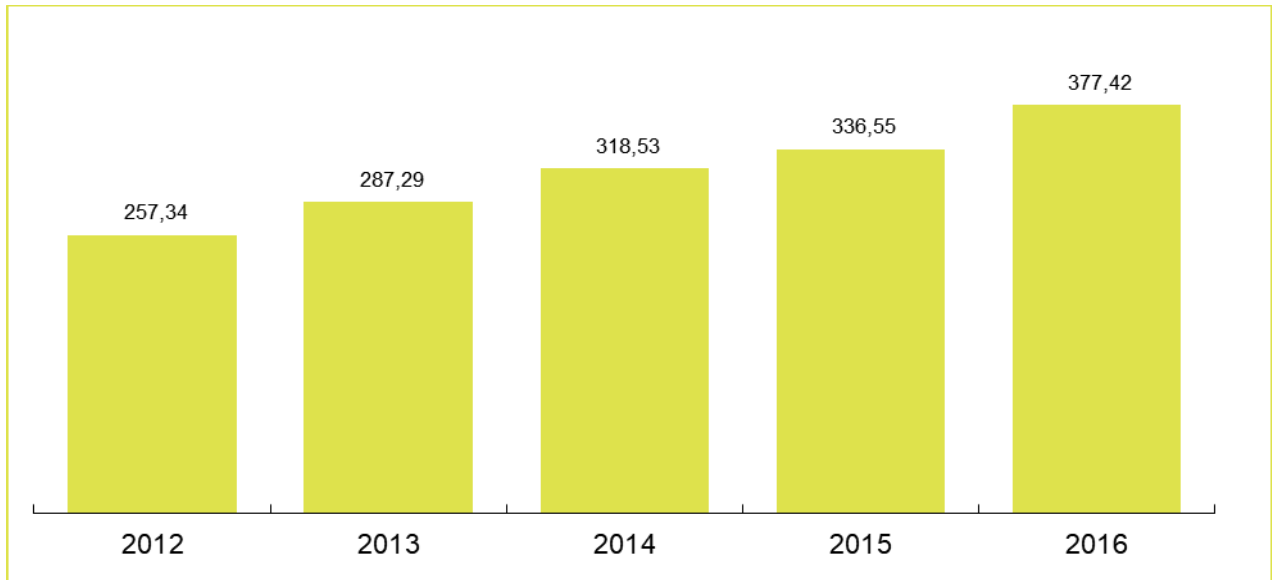
Gráfico 8: Percentual de aplicação de recursos próprios em saúde – EC 29 próprios por ano. Natal/RN-2012-2016



Fonte: MS/DATASUS

Despesa total com elevação gradual implica no crescimento do valor investido por habitante que passou de R\$257,34 em 2012 para R\$377,22 em 2016, representando um percentual de aumento de 46,7% no período em questão.

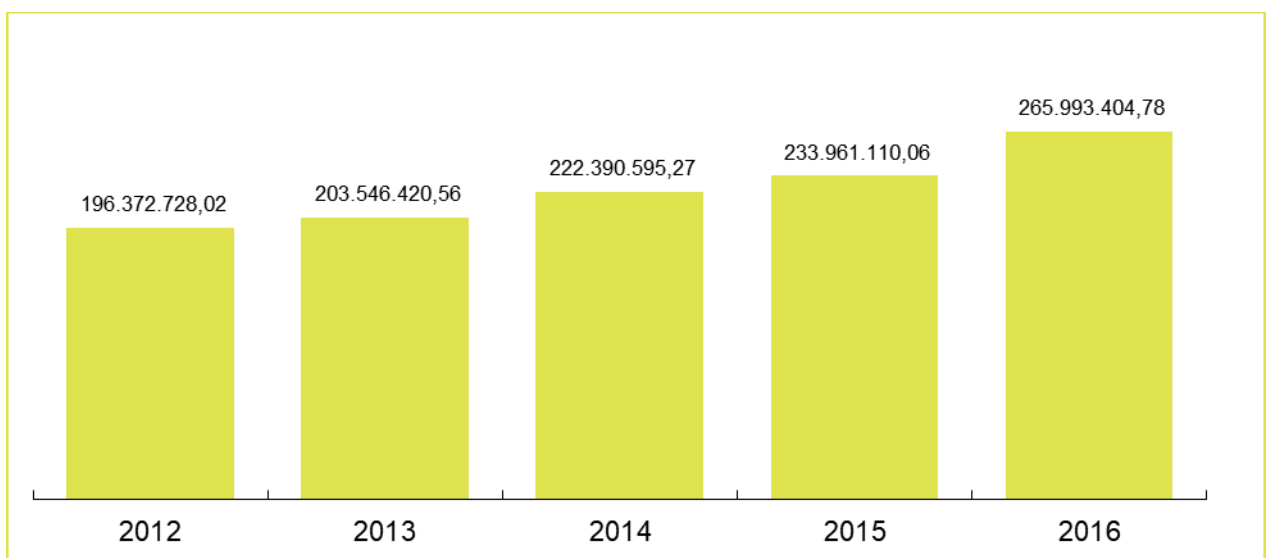
Gráfico 9: Despesas com ações e serviços públicos de saúde (DASPS), realizadas com recursos próprios por habitante/ano. Natal/RN-2012-2016



Fonte: MS/DATASUS

Outro dado importante a ser ressaltado é a despesa com pessoal que representa 41% da despesa total com a saúde. Além disso, vale salientar que 80% das despesas com recursos próprios do município de Natal correspondem a salário e encargos dos servidores.

Gráfico 10: Despesas com pessoal, realizadas com recursos próprios e com transferências federais. Natal/RN-2012-2016



Fonte: MS/DATASUS

1.4.6 Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas de saúde

A Secretaria Municipal de Saúde(SMS), por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) coordena e aprimora a implementação da Política Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria nas ações diretas de saúde - consultas, exames, terapias, internações, principalmente na atenção de média e alta complexidade no município de Natal com focos envolvendo cadastro, habilitação, autorização, controle do acesso assistencial, supervisão, fiscalização e avaliação embasada no artigo 197 da Constituição de 1988, ao afirmar que: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...]” (BRASIL, 1988).

O DRAC está estruturado administrativamente em quatro áreas técnicas: Controle e Avaliação; Processamento das Informações ambulatoriais e hospitalares; Regulação da Atenção e da Assistência e Auditoria no trabalho de Controle e Avaliação dos serviços prestados a Natal.

As ações de controle sobre sistemas compreenderiam as ações de monitoramento e fiscalização da aplicação dos recursos financeiros no âmbito do SUS, tais como: Transferências financeiras fundo a fundo entre gestores para pagamento da Atenção de Média / Alta Complexidade; Recursos transferidos por meio de convênios e contratos de metas; Recursos transferidos a unidades públicas com orçamento próprio. Também podem ser citadas, como ações de controle sobre sistemas, obedecendo-se a exigências legais e deliberações das instâncias colegiadas de gestão, a fiscalização do cumprimento de critérios para habilitações nas condições de gestão, elaboração e execução de plano de saúde, normas e critérios de edificação e incorporação de tecnologias na saúde; a elaboração dos relatórios de gestão; o acompanhamento dos Fundos de Saúde; o funcionamento das instâncias de controle social, pactos de indicadores e metas; a interrelação junto a regulação no município de acordo com a realização da Programação Pactuada e Integrada (PPI); os termos de compromissos entre entes públicos, dentre outras atividades demandadas no tocante a avaliação.

A avaliação se constitui uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento e replanejamento, para se melhorar desempenhos e qualidades, etc. Nessa perspectiva foram elaborados os Planos Operativos Assistenciais (POA), como meta estabelecida no Plano Municipal de Saúde para contratualização dos prestadores públicos, privados filantrópicos da rede de assistência do SUS no âmbito municipal. Periodicamente é realizado o monitoramento e acompanhamento do cumprimento das metas quantitativas e qualitativas, com entrega de relatórios trimestrais por parte das comissões de acompanhamento. A análise do POA considera a base de dados do CNES, SIA, SIH e APAC, SISREG e indicadores de avaliação das metas quantitativas e qualitativas.

No Setor de processamento são compilados os dados da produção dos serviços de saúde próprios e contratados, através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH). É importante destacar os Sistema de Cadastros Nacional de Estabelecimentos (SCNES) e o Sistema do Cartão Nacional de Saúde (SCNS) que são base para todos esse sistemas e que atualmente foram descentralizadas para os Distritos Sanitários, visando agilidade no processo de atualização de dados.

A auditoria tem como finalidade comprovar a legalidade e a legitimidade dos atos e fatos e avaliar os resultados alcançados quanto aos aspectos de eficiência, eficácia e efetividade da gerência ou gestão orçamentária, financeira, patrimonial, operacional, contábil das unidades ou sistemas na contabilidade financeira do pagamento da produção e/ou nos processos de execução das ações, portanto, também sobre prestadores de serviços.

Na SMS, a auditoria é composta por equipe multiprofissional, sendo 11 auditores médicos e 25 auditores de nível superior para o desenvolvimento de auditoria operacional com foco na realização de Controle e Avaliação das ações e serviços prestados no Sistema Municipal de Saúde, fazendo a revisão da produção de acordo com execução de serviços seja na rede própria, conveniada ou contratada, mediante o confronto entre uma situação encontrada com determinados critérios técnicos, operacionais ou legais, objetivando evitar ou corrigir desperdícios, irregularidades, negligências e omissões.

A regulação contribui para regularização e organização dos contratos de prestadores no SUS e o desenvolvimento das diretrizes de regulação do acesso (centrais de internação, consultas e exames) de disposições quanto a fluxos, regulamentar, estabelecer regras para prestadores públicos ou privados como uma das funções da gestão de sistemas de saúde

sobre a produção de bens e serviços que vá ao encontro de seus fundamentos públicos; uma regulação orientada em prol do bem comum, do direito à saúde dos indivíduos e da coletividade desenvolvendo processos de regulação no sentido de ganhos de eficiência, de eficácia e de efetividade dos sistemas de saúde e na produção da atenção à saúde no SUS na Central Metropolitana de Regulação (CMR) cuja gestão e gerência é compartilhada com o Estado do Rio Grande do Norte em cogestão. Faz parte de um dos complexos reguladores do Complexo Estadual De Regulação Divaneide Ferreira De Sousa - CER/SUS/RN, pois a constituição de complexos reguladores permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de regulação do acesso, como centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais, a outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como a outras funções da gestão, como programação e regionalização.

A CMR, regula a oferta e a demanda por meio de ações de regulação do acesso por meio do Complexo Regulador, visando possibilitar a integralidade das ações de Atenção à Saúde, com qualidade e equidade segundo linhas de cuidado, internações e autorizações realizadas, garantindo a referência aos usuários referenciados — para a consulta, terapia ou exame. Atualmente são 31 especialidades médicas: angiologia, alergologia, consulta em cirurgia geral, cirurgia plástica, cardiologia, cirurgia vascular, cirurgia cardíaca, consulta em cabeça e pescoço, cirurgia torácica, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, geneticista, geriatria, gastroenterologia, homeopatia, hematologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia, neurocirurgia, oncologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, psiquiatria, proctologia, pneumologia, reumatologia e urologia.

A Central Metropolitana de Regulação(CMR), dispõe de um Sistema Informatizado de Regulação público (SISREG III), disponibilizado pelo Ministério da Saúde a estados e municípios para apoiar as atividades dos complexos reguladores, desenvolvido pela Secretaria de Atenção à Saúde em parceria com o Datasus, e que está em consonância com a Política Nacional de Informação em Saúde, com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Cartão Nacional de Saúde (CNS), a Programação Pactuada e Integrada (PPI) que ao ano tem atualização de base.

A Regulação Ambulatorial, autoriza pelo sistema uma média de 42.000 consultas especializadas, e uma média de 795.000 procedimentos ambulatoriais pertencentes a tabela SIGTAP ambulatorial (SIA), dentre eles estão coleta de material, diagnóstico em laboratório clínico, diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia, diagnóstico por

radiografia, por ultrassonografia, ressonância magnética, endoscopia, radiologia intervencionista, fisioterapia, dentre outros que são ofertados considerando a PPI.

O Fluxo de acesso ao sistema de regulação para as marcações de consultas e exames, atualmente em Natal, está sendo realizado da seguinte forma: o usuário ou acompanhante deverá dirigir-se as Unidades Básicas de Saúde, para agendar os procedimentos de consultas e exames ambulatoriais de média complexidade e aos Distritos Sanitários para inserir os exames de Alta Complexidade para a autorização do (a) médico (a) regulador da Central Metropolitana de Regulação. Os procedimentos de acesso ao serviço de vitrectomia são autorizados no setor de apoio Administrativo do DRAC.

A rede da assistência especializada em Natal compreende 34 prestadores ambulatoriais e 18 prestadores hospitalares contratualizados, para atender os municípios de Natal e os usuários dos 166 municípios pactuados, através de solicitações, marcação de consultas e exames ambulatoriais regulados através do Sistema de Regulação- SISREG III. E a rede própria é composta de 03 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 05 CAPS, 01 Residência Terapêutica, 04 Policlínicas, 01 Hospital Municipal, 02 Maternidades, 01 Unidade Mista, 01 CEREST, 01 Centro Especializado de Atenção a Saúde do Idoso (CEASI).

2 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

2.1 EIXO 1: GESTÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À

2.1 EIXO 1: GESTÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.

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

Objetivo 1.1: Ampliar o acesso e fortalecer a Atenção Primária em Saúde - APS.

META
META 01: Aumentar a cobertura da Atenção Primária em Saúde para 80% da população.
META 02: Aumentar a cobertura de saúde bucal na APS para 80% da população.
META 03: Aumentar para 2% a média da ação coletiva de escovação supervisionada.
META 04: Implantar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ em 100% das Unidades de Estratégia de Saúde da Família.
META 05: Adequar 100% da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde para realização de ações conforme parâmetro da atenção primária em saúde que garantam maior resolutividade neste nível de atenção.
META 06: Renovar 100% do mobiliário e equipamentos necessários utilizados nas Unidades Básicas de Saúde conforme parâmetro da atenção primária em saúde que garantam maior resolutividade neste nível de atenção.
META 07: Implementar as ações do Programa Saúde na Escola em 100% das escolas públicas pactuadas.

META

META 08: Reduzir em 10% as internações por causas sensíveis à atenção básica.

META 09: Realizar 60% de cobertura anual do acompanhamento das condicionalidades do perfil de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), articulada de forma intersetorial.

META 10: Implementar ações de alimentação e nutrição em 100% dos serviços de saúde, conforme a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) na Rede de atenção à saúde do município.

META 11: Implantar 01 Equipe de Saúde Prisional para garantir a assistência as as unidades prisionais: Complexos Penitenciários, Centros de Detenção Provisória e Unidades de Medidas Socioeducativas do município, conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e da Política Nacional de Atenção Integral aos Adolescentes em conflito com a Lei.

META 12: Implantar 01 equipe de Atenção Domiciliar de Gestão municipal, por distrito sanitário para atendimento aos usuários.

META 13: Implantar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) em 100% das Unidades Básicas de Saúde.

META 14: Implantar o acesso avançado em 100% das UBS, com classificação de risco e vulnerabilidade, de modo a estabelecer modelo de Atenção com maior grau de resolutividade e garantia da continuidade do cuidado de forma regulada/pactuada.

META 15: Implantar a Rede Criança Natalense em 100% das Unidades Básicas.

META 16: Implantar 03 Equipes de Consultório na Rua para atender os Distritos Sanitários.

Objetivo 1.2: Ampliar o acesso e qualificar a assistência especializada**META**

META 17 - Assegurar 100% da oferta de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, com base no potencial da capacidade instalada dos serviços próprios.

META 18 - Implantar o Prontuário Eletrônico em 100% dos serviços da Atenção Especializada.

META 19 - Implantar 01 serviço de transporte sanitário.

META 20 - Qualificar e equipar 100% dos Centros Especializados Odontológicos (CEOs).

META 21: Garantir o acesso a prótese dentária para 0,36% da população/ano.

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

META 22 - Executar 90% das ações previstas no plano operativo da rede hospitalar com objetivo de fortalecer o componente hospitalar municipal, articulado com às redes de atenção à saúde.

META 23 - Implantar 30 leitos de retaguarda para urgência nas especialidades necessárias.

META 24 - Reduzir de 60 para 30 minutos o tempo-resposta do atendimento do SAMU 192 Natal.

META 25 - Qualificar 100% das Unidades de Pronto Atendimento(UPA) articulando com os demais pontos da rede de atenção à saúde

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

META
META 26 - Aumentar para 45% ao ano a proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.
META 27 - Reduzir para 11 óbitos por mil nascidos vivos a taxa de mortalidade infantil.
META 28 - Manter o número de óbitos maternos em até 02 por ano.
META 29 - Implantar 01 referência para realizar procedimento de contracepção irreversível para mulheres através de microlaparoscopia. ¹
META 30: Reimplantar 02 referências para realizar procedimento de contracepção irreversível para Homens. ²
META 31: Implementar a Linha do Cuidado para as Pessoas em Situação de Violência Sexual e Autoprovocada integrando 100% das unidades da rede pública municipal.
META 32: Ampliar a oferta da atenção do planejamento reprodutivo em 100% das unidades básicas de saúde e maternidades municipais.
META 33: Implementar o Protocolo de Abortamento Seguro do MS nas maternidades próprias do município.
META 34: Aumentar em 10% a cobertura de pré-natal com início no primeiro trimestre.

¹ Refere-se ao procedimento antes denominado Laqueadura tubária

² Refere-se ao procedimento antes denominado Vasectomia

META

META 35: Implementar 90% das ações do Plano de Ação Municipal da Rede de Atenção Materna e Infantil.

META 36: Implantar o Registro Civil das crianças nascidas em 100% das maternidades municipais em cumprimento à Lei nº 2.237/2007.

META 37: Adequar a estrutura física e aparelhar as 03 maternidades municipais.

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

META

META 38 - Aumentar em 40% a cobertura dos serviços específicos de atenção especializada da rede de Atenção Psicossocial no município.

META 39: Aumentar para 100% os CAPS com ações de matriciamento da Atenção Básica com base no parâmetro do Ministério da Saúde.

META 40: Implementar as ações do Plano Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas no âmbito da saúde, em 100% da Rede Municipal.

META 41: Implantar em 100% dos serviços de Saúde Mental a supervisão clínico institucional.

META 42: Implantar 7 leitos para saúde mental nos hospitais gerais públicos para os municípios de Natal.

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

META

META 43: Reduzir em 8% a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

META 44: Reduzir em 2% as internações originadas por doenças crônicas.

META 45: Garantir a assistência para 100% dos usuários cadastrados na Atenção Básica para o seguimento do cuidado na Rede de Atenção às Doenças Crônicas.

Objetivo 1.7 Promover a melhoria das condições de saúde da pessoa idosa mediante a qualificação da gestão e da organização da linha de cuidado à saúde da pessoa idosa

META

META 46: Efetivar ações integradas de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, para 100% das pessoas idosas institucionalizadas e domiciliados que buscarem os serviços de saúde.

Objetivo 1.8: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer.

META

META 47: Ampliar para 0,42 a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico realizado a cada 3 anos.

META

META 48: Ampliar em 10% a razão de exames de mamografia para implantação de rastreamento de casos de câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos de idade.

META 49: Implantar a Linha de Cuidado de Atenção à saúde do Homem com ênfase na promoção à saúde, prevenção e tratamento do câncer de próstata, pênis e testículo.

Objetivo 1.9: Promover a melhoria das condições de saúde do deficiente mediante qualificação da gestão e da organização da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência.

META

META 50: Dotar 100% das Unidades da Rede Municipal de dispositivos de acessibilidade para o acolhimento às pessoas com dificuldade de locomoção.

META 51: Implementar a rede de cuidados à pessoa com deficiência no município de Natal.

META 52: Ampliar o acesso aos serviços especializados em reabilitação, estruturando 01 serviço especializado em reabilitação

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

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

META
META 53: Alcançar 75% de cobertura de 100% das vacinas que compõem o calendário básico de vacinação.
META 54: Alcançar 75% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
META 55: Manter abaixo de 3% o percentual de óbitos por causa básica mal definida em relação ao total de óbitos notificados.
META 56: Encerrar 80% ou mais das doenças de notificação compulsória imediata, registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.
META 57: Realizar vigilância e monitoramento de 100% dos surtos, eventos adversos e queixas técnicas.
META 58: Reduzir anualmente em 5% a taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos.
META 59: Aumentar em 10% a taxa de detecção das IST'S (Infecções Sexualmente Transmissíveis), HIV/ AIDS, Sífilis e Hepatites B e C.
META 60: Reduzir em 4% a proporção de gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos.
META 61: Reduzir em 5% ao ano a incidência de sífilis congênita.

META

META 62: Alcançar 75% de cura de casos novos de hanseníase.

META 63: Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental.

META 64: Monitorar 100% dos casos de violência interpessoal/autoprovocada para o fortalecimento das ações de prevenção e promoção.

META 65: Monitorar 100% dos acidentes de transporte terrestres para fortalecimento da vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito.

META 66: Investigar e encerrar anualmente no mínimo 90% dos Óbitos de Mulheres em Idade Fértil dentro do prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS).

META 67: Investigar e encerrar anualmente no mínimo 70% dos Óbitos Infantis e Fetais dentro do prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS).

META 68: Investigar e encerrar anualmente 100% dos Óbitos Maternos dentro do prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS).

META 69: Monitorar 100% dos casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no município para o fortalecimento das ações de prevenção e promoção.

META 70: Implantar 05 (cinco) unidades sentinelas para monitoramento das doenças diarreicas agudas, contribuindo para a melhoria da qualidade da água de consumo humano.

META 71: Reformar e ampliar a área física da Central Municipal de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológico (CEMADI).

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

META
META 72: Realizar a Vigilância da Raiva em 100% dos casos notificados no município.
META 73: Reduzir em 50% o número absoluto de óbitos por arboviroses urbanas.
META 74: Reduzir para menos de 1% o índice de infestação predial para o Aedes Aegypti no município.
META 75: Manter a incidência de casos de Leptospirose abaixo de 1 por 100.000hab no município.
META 76: Reduzir a menos de 5% o índice de positividade para Esquistossomose.
META 77: Realizar a vigilância dos acidentes causados por animais peçonhentos em 100% dos casos graves notificados no município.
META 78: Reduzir o número absoluto de casos em humanos de Leishmaniose Visceral para menos de 4 casos/ano.

Objetivo 2.3: Promover e proteger a saúde da população com ações capazes de eliminar, diminuir, prevenir riscos a saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde.

META
META 79: Informatizar 100% do setor de Vigilância Sanitária.
META 80: Regulamentar, no mínimo, 4 normas sanitárias das ações da VISA, conforme necessidade do serviço.

META

META 81: Implantação de um plano de trabalho para a reestruturação das ações da Vigilância Sanitária, que contemple mecanismos de financiamento, participação nos espaços intergestores, avaliação e monitoramento.

META 82: Inspeccionar anualmente 10% dos estabelecimentos de baixo risco, cadastrados, sujeitos a Vigilância Sanitária das áreas de alimentos, produtos e serviços de interesse à saúde, com base nas diretrizes pactuadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e cadastro da VISA.

META 83: Implementar as ações de educação permanente para 100% dos servidores da Vigilância Sanitária.

META 84: Realizar análise documental ou inspeção sanitária em 100% dos estabelecimentos cadastrados na VISA de alto risco, conforme critérios normativos pertinentes.

META 85: Implantar o Laboratório Municipal de Saúde Pública/LACEN Natal, com Gestão Pública, para dar suporte às ações de vigilância em saúde.

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

META

META 86: Aumentar em 5% os pontos de coleta de análises de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

META 87: Implementar as ações do VIGIPEQ (Vigilância das Populações Expostas a Substâncias Químicas) e do VIGIDESASTRES para cumprimento de 100% da Programação Anual.

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

META

META 88: Implementar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora no âmbito do município de Natal.

META 89: Implantar o Setor de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Objetivo 2.6: Fortalecer a Vigilância em Saúde por meio da reestruturação do processo de trabalho e capacidade operacional dos distritos sanitários.

META

META 90: Implantar os Núcleos de Vigilância em Saúde nos 05 Distritos Sanitários

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

META

META 91: Estruturar os serviços das Vigilâncias em Saúde: Epidemiológica, Zoonoses, Sanitária e Ambiental e Saúde do Trabalhador para execução de suas ações e cumprimento de suas metas.

2.1.3 DIRETRIZ 3: Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

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

META

META 92: Implantar o Sistema HORUS de Gestão de Assistência Farmacêutica em 100% dos Serviços de Saúde onde exista dispensação de medicamentos.

META 93: Implantar um programa de planejamento e gerenciamento de compras de medicamentos e produtos para a saúde com foco no uso racional de medicamentos e na avaliação das demandas dos Serviços de Saúde.

META 94: Implementar a Política de Assistência Farmacêutica no município, e garantir a presença de farmacêuticos em 100% das Unidades de Saúde onde tenha dispensação de medicamentos, conforme a legislação vigente.

META 95: Instituir um programa de monitoramento com base nos medicamentos traçadores para avaliação do consumo e disponibilidade destes medicamentos na rede municipal de saúde.

2.1.4 DIRETRIZ 4: Garantia do apoio diagnóstico no âmbito do SUS

Objetivo 4.1: Implementar e qualificar a assistência laboratorial com a implantação do Laboratório Municipal de Saúde, potencializando a capacidade de resposta diagnóstica na rede de atenção à saúde.

META

2.2 EIXO 2: GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO SUS.

2.2 EIXO 2: GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO SUS.

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

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

META
META 97: Implantar e implementar a política municipal de educação permanente, contemplando a necessidade de aprimoramento e ampliação dos serviços da rede pública municipal.
META 98: Implantar e estruturar uma Residência multiprofissional na atenção básica.
META 99: Implantar e estruturar a Residência municipal em medicina de família e comunidade (MFC) em parceria com a UFRN.
META 100: Assegurar a participação para representantes dos conselhos locais de saúde e/ou CMS em 100% das capacitações ofertadas pela SMS Natal.
META 101: Manter e atualizar as celebrações dos termos de convênio para estágios entre a SMS e as instituições de ensino.
META 102: Implantar uma política municipal de preceptoria no SUS.
META 103: Implantar e estruturar 01 escola municipal de formação de pessoal para os serviços de saúde.

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

META

META 104: Ampliar em 30% o percentual de trabalhadores estatutários que atendem ao SUS .

META 105: Atualizar a lei complementar nº 120/2010 – PCCVS, resguardando todas as profissões de atuação específica da saúde, de acordo com a Constituição Federal de 1988 e a Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde.

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

META

META 106: Fomentar em 100% as ações da MMNP-SUS/NATAL.

Objetivo 5.4: Implementar a Política Municipal de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS/Natal (PMPSTS)

META

META 107: Elaborar um plano de ações integradas para implementar a Política Municipal de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS/Natal (PMPSTS)

2.2.2 DIRETRIZ 6: Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

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

META

META 108: Realizar eleição para os conselhos locais de saúde em 100% das unidades de saúde básicas e especializadas.

META 109: Desenvolver ações de educação permanente para qualificação de 100% dos conselheiros dos Conselhos Locais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde.

META 110: Assegurar em 100% o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Natal com as condições da estrutura física, insumos, técnicas, administrativas e de pessoal.

Objetivo 6.2: Fortalecer o Sistema de Ouvidoria do SUS.

META

META 111: Estruturar 100% da ouvidoria municipal dos SUS com a melhoria da sua infraestrutura com equipamentos e incremento de profissionais para qualificação da gestão participativa do SUS.

META 112: Revisar a lei 6.019/2009 garantindo a sua implantação e implementação .

Objetivo 6.3: Instituir Políticas Transversais de Atenção à Saúde.**META**

META 113: Implantar a política municipal de promoção da equidade em saúde, com recorte em raça, cor, etnia, gênero e população LGBTTTT.

META 114: Implementar as ações da política municipal de práticas integrativas e complementares.

2.2.3 DIRETRIZ 7. Fortalecer o modelo de gestão, centrado no planejamento integrado, na informação em saúde, na intersectorialidade e na relação interfederativa, com foco em resultados e na melhoria do padrão de gastos.

Objetivo 7.1: Promover, instrumentalizar, implementar e qualificar o processo de planejamento integrado no SUS.

META

META 115: Implementar a dinâmica de planejamento nos 03 níveis de gestão da SMS, baseado nos princípios da gestão democrática e participativa, estabelecendo-se a diretiva das programações locais e distritais de saúde, com avaliação sistemática e incremento do controle social.

META 116: Elaborar de forma integrada os instrumentos de planejamento e gestão fiscal do SUS, a partir do desenvolvimento de um processo de monitoramento e avaliação propositiva.

Objetivo 7.2: Implementar a política de tecnologia da informação, por meio da implantação, aquisição e utilização de ferramentas para modernização administrativa, financeira, logística e gerencial, com ênfase nas inovações tecnológicas e de sistemas de informação.

META

META 117: Adquirir equipamentos de informática para 100% da Rede Municipal de Saúde.

META 118: Implantar a conectividade em 100% das unidades de saúde da Rede Municipal.

META 119: Implementar a sala de informação estratégica em saúde online.

META 120: Implantar o sistema de ponto eletrônico em 100% da Rede Municipal de Saúde.

2.2.4 DIRETRIZ 8. Potencialização da função regulatória e dos instrumentos de controle, avaliação e auditoria do SUS, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Objetivo 8.1: Implementar e qualificar a central metropolitana de regulação, em conformidade com as linhas operacionais do complexo regulador.

META

META 121: Implementar o acesso regulado das internações hospitalares em 80% dos serviços públicos e privados conveniados ao SUS em Natal.

OBJETIVO 8.2: Organizar a regulação com dimensões e ações de Regulação no SUS em conformidade com a Política Nacional de Regulação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS em Natal RN.

META

META 122: Regular 80% dos serviços ambulatoriais contratados públicos e privados de acordo com o princípio da equidade.

Objetivo 8.3: Fortalecer o sistema de auditoria do SUS em Natal.

META

META 123: Implantar 01 Plano de desenvolvimento das Ações de Auditoria.

Objetivo 8.4: Qualificar e instrumentalizar os mecanismos de controle e avaliação do SUS.

META

META 124: Realizar Controle e Avaliação em 100% dos serviços contratados privados.

META 125: Realizar Controle e Avaliação em 50% dos serviços contratados públicos.

META 126: Firmar o Plano de Metas com 100% dos serviços públicos, filantrópicos e privados da rede de assistência do SUS no âmbito municipal.

2.2.5 DIRETRIZ 9: Modernização da gestão administrativa, orçamentária e financeira

Objetivo 9.1: Qualificar a gestão administrativa, de apoio logístico e de infraestrutura.

META
META 127: Implantar um plano organizacional administrativo da SMS.
META 128: Implementar o sistema de ferramenta eletrônica do Banco do Preços em Saúde.
META 129: Implantar segurança eletrônica em 100% dos serviços de saúde.
META 130: Suprir regularmente 100% das unidades de saúde da SMS Natal com os insumos necessários para o seu funcionamento.
META 131: Realizar manutenção preventiva e corretiva de 100% dos equipamentos médico-hospitalares da rede pública municipal de saúde.
META 132: Realizar manutenção preventiva e corretiva da estrutura física de 100% da rede municipal de saúde.
META 133: Implantar 1 Central de Esterilização Municipal.
META 134: Realizar 75% das Obras (construções, reformas e ampliações) previstas para atender as necessidades de adequação e organização da rede.
META 135: Modernizar o processo de gestão administrativa e de logística da central de abastecimento da saúde.
META 136: Manter, no mínimo, 80% de execução orçamentária e financeira dos exercícios anuais visando o equilíbrio entre receita e despesa em sua totalidade.

1.6 ³ MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (M&A)

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (M&A)

A fim de alcançar os objetivos e metas constantes neste plano, é imprescindível estabelecer um sistema de monitoramento e avaliação que permita acompanhar a execução das ações e indique os ajustes necessários durante o processo, de modo que haja uma otimização do trabalho e do uso dos insumos e recursos.

Parte-se aqui, do pressuposto de que a avaliação não é uma mera etapa formal a ser realizada ao final da execução do plano. Antes, concorda-se com Pisco apud Carvalho et al, quando afirma que

A avaliação é, pois, um poderoso instrumento de mudança, que não deve ser visto como uma ameaça, mas sim como um incentivo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade (2012, p. 905).

Destaca-se a relevância de instrumentos previstos na política de planejamento do SUS, que permitem realizar essa avaliação de processo, conforme as normas do Ministério da Saúde expressas nas portarias GM n.º 3.085, de 01 de dezembro de 2006, que dispõe sobre o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS); e GM n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos de planejamento e a Lei Complementar n.º 141, de 13 de Janeiro de 2012, como a Programação Anual de Saúde - PAS (apresenta um detalhamento das ações a serem desenvolvidas a cada ano, e é avaliada quadrimestralmente); os Relatórios Detalhados Quadrimestrais - RDQ (onde os atores, desde o nível local até o nível central da SMS, podem monitorar os resultados parciais do que foi planejado); e o Relatório Anual de Gestão - RAG.

Esses instrumentos tem sido elaborados observando-se o caráter participativo e uma estreita relação entre eles. Desse modo, o estabelecimento dos indicadores de monitoramento e avaliação vai permitir tanto a avaliação in curso, ou seja, durante o processo; quanto ex-post, ao final do exercício, a fim de mensurar o alcance de metas, avaliando os resultados e os impactos do que foi proposto. Desse modo, o monitoramento e a avaliação são também ferramentas que retroalimentam o planejamento da instituição.

6 VIABILIDADE E SUSTENTABILIDADE

6 VIABILIDADE E SUSTENTABILIDADE

Os recursos financeiros necessários para a viabilidade do Plano Municipal de Saúde (PMS) do município de Natal serão financiados de forma tripartite, com repasses da União, dos Estados e do próprio município. Para operacionalizar as ações de saúde necessárias para a execução do PMS, a Lei Complementar nº 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio de fundos de saúde, que são unidades orçamentárias gerenciadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, de forma regular e automática. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (BRASIL, 2000a).

A legislação vigente na esfera pública sugere o alinhamento entre instrumentos e processos, neste caso, os Planos Plurianuais (PPA) com as veias alimentadoras de recursos, indicadas nas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e consignadas nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA). Esses recursos são oriundos de fontes diversas, sendo as mais proeminentes a transferência federal, mediante incentivos regulares e automáticos.

Para a factibilidade do PMS tem-se no PPA 2018 a 2021 estabelecido através da Lei nº 6.704 de 01 de agosto de 2017, essencial para a viabilidade orçamentária e financeira das metas propostas no referido plano. O PPA Municipal tem mesma temporalidade e suas ações estão agrupadas no programa VIVER COM SAÚDE, no eixo DESENVOLVIMENTO HUMANO, CIDADANIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

O valor previsto no PPA 2018-2021 para as ações de saúde, totalizou R\$ 2.384.160.666,12, sendo 76% do total de recursos provenientes do governo federal, 9% do estadual e 15% do governo municipal, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 5: Valores orçados para ações do PPA Natal 2018 a 2021 no Programa Vida Saudável.

ATIVIDADE	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
Construção, reforma e ampliação de unidades básicas de saúde	20.345.000,00	-	10.000.000,00	30.345.000,00
Implementação da política de tecnologia da informação em saúde	400.000,00	-	1.000.000,00	1.400.000,00
Implantação do laboratório municipal de vigilância em saúde	397.448,00	-	400.000,00	797.448,00
Estruturação e manutenção da rede física dos serviços de atenção especializada	69.600.000,00	-	3.100.000,00	72.700.000,00
Implementação da rede de atenção à saúde materno-infantil	17.136.360,00	-	200.000,00	17.336.360,00
Estruturação da central de abastecimento da saúde	600.000,00	-	1.000.000,00	1.600.000,00
Fortalecimento da rede hospitalar	42.564.829,12	-	1.000.000,00	43.564.829,12
Fortalecimento da gestão descentralizada das ações de vigilância em saúde	2.015.445,00	-	-	2.015.445,00
Fortalecimento da ouvidoria do SUS municipal	-	--	200.000,00	200.000,00
Implantação e implementação da política municipal de promoção da saúde do trabalhador do sus	-	--	200.000,00	200.000,00
Implantação da rede de diagnóstico laboratorial em análises clínicas	32.000.000,00	-	400.000,00	32.400.000,00
Fortalecimento da rede de saúde mental	25.949.328,00	-	800.000,00	26.749.328,00

ATIVIDADE	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
Desenvolvimento de ações da política de vigilância e promoção a saúde	1.430.440,00	-	50.000,00	1.480.440,00
Fortalecimento da rede de atenção especializada de saúde bucal	2.164.800,00	-	200.000,00	2.364.800,00
Política de saúde do trabalhador implementada	1.440.000,00	-	200.000,00	1.640.000,00
Fortalecimento do serviço móvel de urgência - samu natal	23.815.584,00	11.907.792,00	11.907.792,00	47.631.168,00
Fortalecimento da assistência farmacêutica com apoio profilático e terapêutico no âmbito do sus	17.851.229,00	8.925.615,00	8.925.615,00	35.702.459,00
Modernização administrativa da gestão do SUS	400.000,00	-	1.200.000,00	1.600.000,00
Expansão e consolidação da estratégia saúde da família (esf)	119.603.850,00	-	60.000.000,00	179.603.850,00
Qualificação das práticas de trabalho e formação dos profissionais do sus	2.300.000,00	-	200.000,00	2.500.000,00
Fortalecimento das unidades de pronto atendimento-UPA	47.952.000,00	23.976.000,00	600.000,00	72.528.000,00
Fortalecimento da política de regulação	1.814.400,00	-	-	1.814.400,00
Fortalecimento da assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade do sus	1.206.978.413,00	174.100.937,00	240.000.000,00	1.621.079.350,00
Fortalecimento da vigilância de zoonoses e controle de doenças transmitidas por	28.296.098,00	-	2.000.000,00	30.296.098,00

ATIVIDADE	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
vetores				
Implementação da rede de atenção à pessoa com deficiência	15.035.568,00	-	375.000,00	15.410.568,00
Operacionalização das ações de vigilância sanitária	3.040.000,00	-	2.000.000,00	5.040.000,00
Fortalecimento e qualificação das instâncias de controle social na gestão do SUS	-	-	740.000,00	740.000,00
Implementação das ações da política municipal de prevenção e controle das ISTS /AIDS e hepatites	2.764.501,00	-	400.000,00	3.164.501,00
Operacionalização das ações de vigilância epidemiológica e ambiental	5.526.915,00	-	-	5.526.915,00
Fortalecimento, modernização e manutenção da rede de atenção básica	79.596.048,00	-	1.400.000,00	80.996.048,00
Implementação das ações da política de alimentação e nutrição.	240.000,00	-	6.250.000,00	6.490.000,00
Qualificação das ações e serviços da atenção básica	34.944.800,00	4.098.859,00	200.000,00	39.243.659,00
TOTAL	1.806.203.056,12	223.009.203,00	354.948.407,00	2.384.160.666,12

FONTE: PMN/SEMPA – PPA 2018 a 2021. Lei nº 6.704 de 01 de agosto de 2017.

7 REFERÊNCIAS

6 REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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