

PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2004



PREFEITO

CARLOS EDUARDO NUNES ALVES

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MARIA APARECIDA DE FRANÇA GOMES

SECRETÁRIO ADJUNTO

ION GARCIA MASCARENHAS DE ANDRADE

RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

MARY LÚCIA BRUNO DA MOTA

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

COLABORAÇÃO

DEPARTAMENTOS DA SMS

CONSULTOR

OLINTO DE MEDEIROS ROCHA

NATAL/RN

JANEIRO/2005

"Senhores presentes na luta,
como é bom tê-los conosco
pra reconstruir o mundo
com o suor do nosso rosto,
a força de nossos braços
e nossa sabedoria,
e também pra fazer festa,
que esse povo é de alegria."

Augusto Cacá

SUMÁRIO

I - APRESENTAÇÃO.....	4
II - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	5
III - PRIORIDADES	6
1. Redução da Mortalidade Materna e Infantil	6
2. Controle de Doenças e Agravos Prioritários	16
3. Melhoria de Gestão do Acesso e de Qualidade das Ações e Serviços de Saúde	25
4. Reorientação do Modelo Assistencial Descentralizado	40
5. Ações de Desenvolvimento de RH	63
6. Ações de Aprofundamento e Qualificação do Controle Social	65
7. Ações de Readequação Física e Tecnológica da Rede	67
IV - EXECUÇÃO FINANCEIRA	68
V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	71

I - APRESENTAÇÃO

Nos últimos dois anos da atual gestão municipal, o esforço foi direcionado para a mudança da forma de gestão do setor público municipal de saúde.

Políticas foram definidas, estratégias foram adotadas, planos e ações implementados, buscando-se oferecer o melhor atendimento à população.

O balanço desse período vem se dando a cada trimestre de forma participativa e ascendente, através de Relatórios de Gestão trimestrais, que seguindo a lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, são enviados para o Conselho Municipal de Saúde, o Ministério Público e a Câmara de Vereadores.

Nesse período foram dados passos importantes para a ampliação e melhoria da assistência prestada à população. Este documento apresenta os dados relativos às prioridades do Plano Municipal de Saúde – 2003/2005 (redução da mortalidade materna e infantil; controle de doenças e agravos prioritários; melhoria da gestão do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; reorientação do modelo assistencial descentralizado; desenvolvimento de recursos humanos; aprofundamento e qualificação do controle social e readequação da rede física) e os recursos financeiros recebidos e aplicados no setor saúde, no ano de 2004, permitindo uma avaliação contínua do desempenho institucional desta Secretaria, bem como a construção de novos fazeres, na perspectiva da melhoria da qualidade da atenção, com vistas a uma maior satisfação, tanto do usuário quanto do trabalhador da saúde.

Alguns dados apresentados estão sujeitos a revisão, como os indicadores da atenção básica e dados de produção, pois ainda não estão disponíveis todos os meses do ano (geralmente só até novembro).

II - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Município: Natal

Código: 24.08102

Endereço: Rua Ulisses Caldas, 81 – Cidade Alta.

CEP: 59.025-020

Prefeito: Carlos Eduardo Nunes Alves

Secretária Municipal de Saúde: Maria Aparecida de França Gomes

Responsável pela elaboração: Mary Lúcia Bruno da Mota

Telefone: (084) 232.8522

e-mail: sms@natal.rn.gov.br

III – PRIORIDADES

1 – REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

1.1 – REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

As ações desenvolvidas na consecução desta estratégia têm como foco o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde, a organização das unidades de referência, as iniciativas de humanização, a capacitação de pessoal e a organização de fóruns de articulação, visando a democratização das informações e sua melhor resolutividade. Estas ações já demonstraram sua eficácia, na medida em que houve uma redução em 52,37% no coeficiente de mortalidade materna (que passou de 85,14 por 100 mil nascidos vivos em 2003 para 40,55 por 100 mil nascidos vivos em 2004), conseguiu-se atingir 96% da meta proposta para a proporção de nascidos vivos de mães com 04 ou mais consultas de pré-natal e 93% da meta para a proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal, além da não ocorrência de casos de tétano neonatal. Das atividades desenvolvidas merecem destaques os aspectos abaixo relacionados.

- **Ações do Comitê de Mortalidade Materna**

A redução da mortalidade materna constitui-se na prioridade I no Plano Municipal de Saúde. Este indicador traduz as condições sócio-econômicas e de saúde. Existem dois fatores que dificultam o monitoramento do nível e das tendências da morte materna: a sub-informação e o sub-registro das declarações de óbitos que mascaram essa realidade.

Como marco institucional em 2004, iniciou-se o ano com a re-instalação do Comitê Municipal de Mortalidade Materna e implantação dos quatro comitês distritais. O comitê municipal estava desativado há 03 anos, sendo necessário o resgate da investigação dos óbitos dos anos anteriores 2002 e 2003, além de 2004, seguindo orientação do Ministério da Saúde, conforme quadro a seguir:

QUADRO 01 : Investigação de óbitos maternos no município de Natal, referentes ao período 2002-2004 pelo Comitê Municipal de Mortalidade Materna

ANO	ÓBITOS MULHERES IDADE FÉRTIL	ÓBITOS INVESTIGADOS	ÓBITOS MATERNOS		OBSERVAÇÃO
			DECLARADOS	ENCONTRADOS	
2002	219	38	06	08	Os dados ainda poderão sofrer modificações, depois da análise do comitê
2003	270	55	12	-	Os dados ainda estão em fase de investigação
2004	201	10	04	-	Os dados ainda estão em fase de investigação

Fonte: SIM/ CMMN

O Comitê Municipal de Mortalidade Materna, o setor de ciclos de vida e o DPI foram responsáveis pela elaboração da proposta do pacto de atenção com vistas à redução da mortalidade materna. Tal projeto vai permitir a entrada de aproximadamente R\$350.000,00 de recursos financeiros, fundo a fundo até o ano de 2006, para ser usado na aquisição de métodos contraceptivos, capacitações, material informativo, equipamentos e reformas físicas das unidades de saúde.

• Planejamento Familiar

A elaboração do plano municipal de planejamento familiar, baseado na população feminina de 10 a 49 anos, possibilitou uma ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, com alocação de recursos próprios da SMS/Natal para esta atividade, atingindo 100% das unidades do município. Em 2002 cobríamos 36% da população de mulheres em idade fértil. Em 2004 estamos cobrindo 70%, que é o percentual preconizado pelo Ministério da Saúde, que avalia que 70% das mulheres em idade fértil usam algum método anticoncepcional e 70 % destas são usuárias do SUS. Tal expansão contribuirá para o cumprimento dos indicadores de atenção básica na área da mulher, pactuado por esta secretaria.

Trimestralmente têm sido realizadas avaliações sistemáticas junto à BENFAM e ao Departamento de Material e Patrimônio, o que tem possibilitado um melhor acompanhamento e racionalização da distribuição.

- **Capacitação de Profissionais**

As capacitações são outra linha de ação na consecução deste objetivo, com destaque para: planejamento familiar para 35 profissionais médicos e enfermeiros do PSF, coordenação da SMS, com recursos oriundos do Ministério da Saúde e instrutores da SOGORN no NESC e MEJC. Outra iniciativa foi a capacitação para profissionais do PSF em preenchimento dos instrumentos de registro do planejamento familiar, visando o melhor uso deste sistema de informação e o melhor controle na oferta dos métodos por parte da SMS/Natal.

Destaca-se também, a instituição da anticoncepção de emergência para adolescentes nas Unidades de saúde de Cidade Nova, Guarapes e Centro Clínico Pediátricos do Alecrim, cujo objetivo é o aumento da oferta de métodos contraceptivos, além de ajudar na redução da gravidez na adolescência e também de gravidez indesejada.

- **Ampliar a cobertura de pré-natal e puerpério**

Com o intuito de implementar o pré-natal, foi definido junto ao Departamento de Material e Patrimônio e a coordenação da assistência farmacêutica a garantia do acesso aos medicamentos básicos do pré-natal, como: ácido fólico, sulfato ferroso e nistatina para gestantes e metronidazol para parceiros. Esta iniciativa visa reduzir os índices de morbimortalidade materna e neonatal.

Uma outra iniciativa importante referente ao puerpério foi a garantia da aplicação de vitamina A para esta clientela, visando a melhor qualidade da assistência. Duas maternidades da rede aderiram ao Programa de Suplementação com mega dose de Vitamina “A” no pós parto imediato – Maternidade de Lagoa Seca e Maternidade das Quintas. O serviço, após informar as puérperas sobre o recebimento suplementar e sua importância na prevenção, com a adesão da cliente, realiza a intervenção. Essa ação visa garantir um aporte de Vitamina “A”, através do leite materno para as crianças menores de 6 meses alimentadas ao seio.

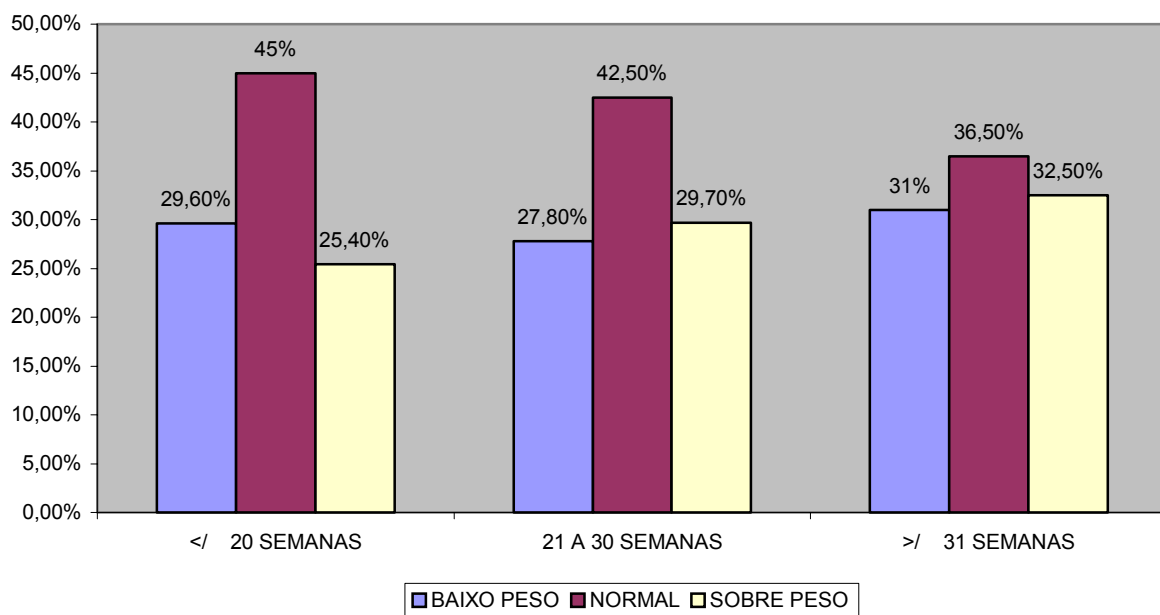
- **Vigilância Nutricional e Alimentar em Gestantes**

A avaliação do estado nutricional da gestante pelo ganho de peso durante a gestação tem como objetivo identificar as gestantes com carência nutricional ou sobrepeso, visando melhorar o estado nutricional materno, suas condições para o parto e o peso do recém nascido.

Quanto ao estado nutricional das gestantes do município de Natal, observa-se uma média de 29,5 % das gestantes com baixo peso, o que significa um risco aumentado de produzir recém-nascidos com baixo peso (menos de 2500 gramas), interferindo também no coeficiente de mortalidade materna. Neste sentido faz-se necessário uma maior esforço no monitoramento da suplementação alimentar (programa do leite), o controle de ações de saúde do pré-natal, visando corrigir os casos de evolução desfavorável do peso gravídico.

Um outro aspecto importante que merece destaque é a metodologia de avaliação nutricional neste ciclo, que apesar de ter sido realizado capacitação e distribuição do protocolo de avaliação nutricional, ainda não há um uso padronizado do método estabelecido no documento. Havendo assim, alterações no momento da análise.

AValiação Nutricional de Gestantes Atendidas nas Unidades de Saúde, Segundo o Indicador Peso/Altura - 2004.



1.2 – REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

A redução dos índices de mortalidade infantil está relacionada com a implementação de algumas medidas e ações de saúde, tais como: Melhoria na qualidade da Atenção ao Pré-Natal; Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo; Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança; Melhoria da Cobertura Vacinal em menores de 1 ano; Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA); Cobertura das ações de controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA); Avaliação das ações de

combate às carências nutricionais; Cobertura da triagem neonatal; Coleta de leite humano. Quanto às ações desenvolvidas nesta área, merecem destaque:

- **Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas em Menores de 1 Ano**

Esta é uma ação importante para a redução da mortalidade infantil. Em 2003, o número de casos de diarreia notificados em crianças menores de um ano foi 2.715, em 2004 este número alcançou 3.255, configurando um aumento de 20%. Ressalte-se também que o plano de tratamento do tipo A (reidratação oral) aumentou de 5.626 em 2003 para 9.974 em 2004, ou seja, cerca de 77%.

- **Acompanhamento do Recém-nato de risco**

O acompanhamento do recém-nato de risco durante seu 1º ano de vida é realizado por profissionais da Unidade de Saúde e supervisionado pelo Distrito Sanitário. É importante ressaltar o desencadeamento de articulação interinstitucional para promoção de um melhor fluxo de referência e contra-referência, entre o nível local, distrital e central da SMS e serviços hospitalares do município de Natal.

Este acompanhamento tem possibilitado uma ação mais efetiva junto a esta clientela, o que contribui para a redução da mortalidade infantil. No entanto, as ações junto às unidades precisam ser intensificadas de forma a possibilitar uma melhor resolutividade, com destaque para a situação do Distrito Sanitário Norte e Sul, de acordo com o quadro abaixo:

QUADRO 02: Acompanhamento do RN DE RISCO nos quatro distritos sanitário -2004.

DISTRITO	RN DE RISCO	ACOMPANHADOS	% DE COBERTURA
NORTE	24	04	16,7
SUL	21	04	19,0
LESTE	26	11	42,3
OESTE	71	28	39,4
TOTAL	142	47	33,09

Fonte: Distritos Sanitários/ DAS/ SMS

O quadro acima permite observar que há uma necessidade profícua de intensificar o acompanhamento desses recém-nascidos, pois possibilitará uma melhor qualidade de vida para os mesmos. Até o momento não recebemos retorno dos outros encaminhamentos, ficando os dados passíveis de alterações.

- **Participação nos fóruns de articulação da política de atenção à criança**

Os fóruns em destaque são o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente do município de Natal/RN, e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Participação do Núcleo da Criança no Encontro Nacional dos Coordenadores Técnicos da Área de Saúde da Criança, cujo objetivo é discutir a agenda pactuada de 2004 nesta área.

Além da participação no encontro dos conselheiros tutelares do Rio Grande do Norte, no qual foram apresentadas e discutidas as políticas públicas de atenção à criança e adolescente; participação em reuniões do conselho municipal de direitos da criança e do adolescente e em encontro para planejamento das ações a serem desenvolvidas no ano em curso; discussão sobre a problemática do diabetes infanto-juvenil com a UFRN e assistência farmacêutica com objetivo de utilização de protocolo assistencial, tendo como produto um colóquio sobre o tema e a pactuação de procedimentos pelos profissionais que atuam na ESF e também, a participação no simpósio: “Infecções em Imunossuprimidos”, realizada pela Associação Norterio-grandense de Epidemiologia Hospitalar.

- **Evento Sentinela**

A partir da avaliação do pacto da atenção básica do 1º semestre, referente aos indicadores infantis, foi instituído como estratégia de monitoramento dos óbitos em menores de um ano, o evento sentinela que tem como objetivo a investigação e esclarecimento da ocorrência dos óbitos, possibilitando o uso da informação para tomada de decisão no que se refere a uma melhoria da qualidade da assistência à criança. Dos casos encaminhados, os diagnósticos mais freqüentes foram: Desconforto Respiratório Precoce – DRP, Baixo Peso – BP, Hipóxia, Muito Baixo Peso – MBP.

QUADRO 03: Eventos Sentinelas realizados no ano de 2004, por distrito sanitário

Distrito	Encaminhados	Realizados	%
Norte	24	09	37,5
Sul	0	0	0
Oeste	47	29	61,7
Leste	12	Não concluídos	--

Fonte: Distritos Sanitários /DAS / SMS

Observando o quadro acima se conclui que houve diferenciações na atuação das equipes relacionada a essa estratégia, o distrito que recebeu um maior de encaminhamentos realizou um percentual maior de investigação.

Comprovando assim que quando ocorre um investimento local há possibilidade de ser realizado, portanto há necessidade de um maior investimento operacional.

• **Triagem Neonatal**

Neste ano foi significativo o avanço desta ação nas Unidades de Saúde Municipais através da expansão das novas unidades de coletas em teste do pezinho. O município de Natal ampliou o número de unidades realizadoras do teste do pezinho, de 09 Unidades em 2002, para 26, em 2004, um aumento de cerca de 189%. Tal benefício propicia uma atenção mais integral ao recém-nascido, revelando precocemente as doenças metabólicas na criança, causadoras de males irreversíveis, como o retardo mental, quando não detectadas.

As ampliações foram precedidas de capacitação prática e teórica em triagem neonatal, além do cadastramento destas novas unidades junto a SESAP/RN.

QUADRO 04: Exames de triagem neonatal nos distritos sanitários nos anos de 2003 /2004

Distrito Sanitário	Nascidos vivos 2004	testes realizados 2004	% de cobertura
NORTE	4.503	1.526	33,88
SUL	2.044	475	23,23
LESTE	1.973	947	47,99
OESTE	4.173	1.933	46,32
TOTAL	12.717	4.881	38,38

Fonte: SMS/Unidades de Saúde

- **Programa de Combate a Desnutrição Protéico Calórica**

O município de Natal vem desenvolvendo este programa com recursos próprios com o objetivo de recuperar o estado nutricional da população alvo composta por crianças desnutridas entre 6 meses e 5 anos e por gestantes com baixo peso. Beneficia as crianças fornecendo 1 (um) litro/dia de leite bovino pasteurizado tipo “C” e as gestantes com ½ (meio) litro/dia e abrange a 32 Unidades de Saúde nos 4 Distritos Sanitários. O plano de trabalho tem como proposta, atender a 9.000 crianças e 2.000 gestantes, as crianças são desligadas caso consiga recuperar seu estado nutricional, o que é atestado após três avaliações nutricionais sucessivas, com intervalo de 3 meses entre as mesmas, ou quando completam 5 anos de idade. As gestantes são desligadas 1 mês após o parto, conforme norma do programa.

- **Aleitamento Materno**

Dentre as ações de aleitamento materno, desenvolvidas por este departamento foi desenvolvido, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado (SESAP), um projeto para capacitar profissionais da rede básica, na promoção de incentivo ao aleitamento materno, aguardando aprovação do Ministério da saúde.

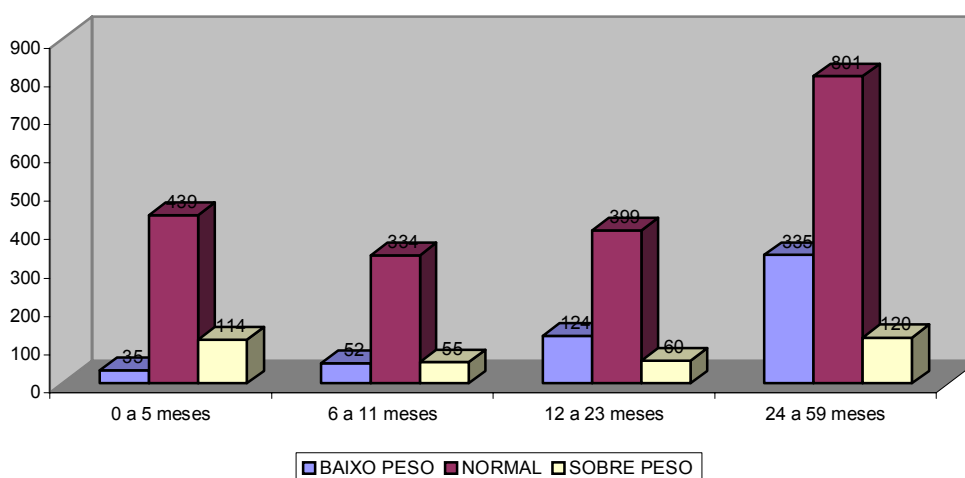
Uma outra ação importante foi à coordenação das atividades da semana de aleitamento materno, contando-se com diversas atividades nas unidades e uma programação geral realizada na área de lazer da Unidade de Saúde Panatis.

Em 2004 a SMS conseguiu atingir 96,6% da meta proposta em relação à cobertura de aleitamento materno em crianças menores de 04 meses cadastradas no SIAB.

- **Vigilância Nutricional e Alimentar em Crianças**

De acordo com os dados registrados pela Vigilância Alimentar e Nutricional, observa-se que em média há um atraso de crescimento ponderal das crianças a partir de 6 meses de idade, o que sugere a substituição progressiva do número de mamadas por alimentos de uso infantil ou por práticas alimentares na família agravam o problema, acentuando-se na faixa etária dos 24 a 59 meses. Há um aumento em cerca de 50% quando comparados com a faixa etária de 6 a 11 meses. Esta diferença é bastante significativa, e indica a necessidade de se acompanhar, de forma atenta às crianças de 24 a 59 meses adotando medidas no sentido de reduzir seus efeitos, como situações epidemiológicas mais graves. A distribuição de suplemento alimentar é um instrumento, auxiliar de importância estratégica para a vigilância do crescimento.

AValiação DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE 59 MESES, ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE, NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2004, SEGUNDO O INDICADOR PESO/IDADE - NCHS.



- **Programa de Combate a Desnutrição Protéico Calórica**

O município de Natal vem desenvolvendo este programa com recursos próprios com o objetivo de recuperar o estado nutricional da população alvo composta por crianças desnutridas entre 6 meses e 5 anos e por gestantes com baixo peso. Beneficia as crianças fornecendo 1 (um) litro/dia de leite bovino pasteurizado tipo “C” e as gestantes com ½ (meio) litro/dia e abrange a 32 Unidades de Saúde nos 4 Distritos Sanitários. O plano de trabalho tem como proposta, atender a 9.000 crianças e 2.000 gestantes, as crianças são desligadas caso consiga recuperar seu estado nutricional, o que é atestado após três avaliações nutricionais sucessivas, com intervalo de 3 meses entre as mesmas, ou quando completam 5 anos de idade. As gestantes são desligadas 1 mês após o parto, conforme norma do programa.

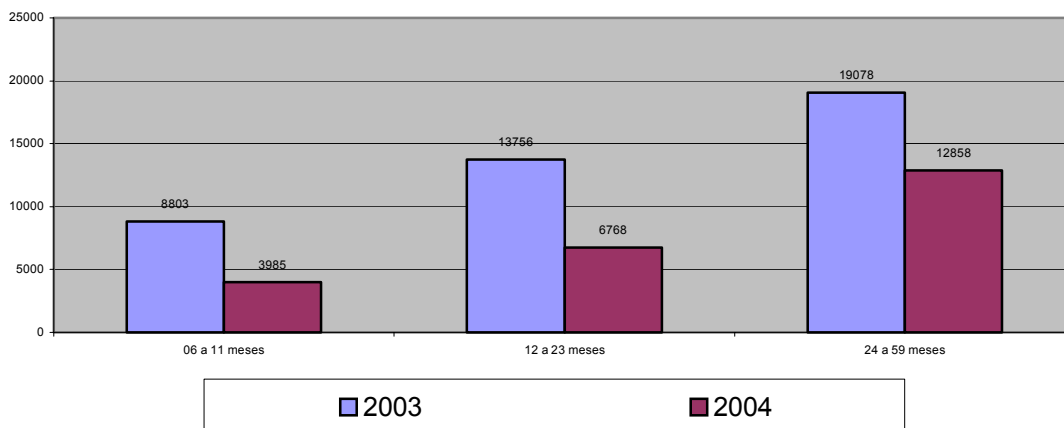
Foi analisado o estado nutricional de 2013 crianças através dos relatórios técnicos, encaminhados pelas Unidades de Saúde (os relatórios representam uma amostra). Nas Unidades a avaliação foi realizada mediante antropometria, utilizando as variáveis: sexo, idade, peso. A classificação nutricional ocorreu através do indicador Peso x Idade segundo o padrão de referência do National Center for Health Statistics (NCHS). Os resultados observados revelam que 54% das crianças apresentam desnutrição leve, 15% desnutrição moderada e 31% apresentam normalidade (em fase de recuperação), 15% foram desligadas por atingirem a idade limite (5 anos), 8,4% por recuperarem o estado nutricional e 76,6% permaneceram no programa (entre eles os desnutridos e os que estão em fase de recuperação). Ressaltamos a importância desse Programa no monitoramento das ações

básicas de saúde (vacinação, CD, pré natal e outras) junto a esse grupo biologicamente vulnerável, haja vista, que ela constituiem pré-requisito para permanência no programa, esse controle das ações de saúde diminui os agravos das doenças associadas a desnutrição. Quanto a distribuição do suplemento alimentar, o quadro abaixo demonstra o fornecimento no período de 2004 e o custo operacional.

- **PROGRAMA DE COMBATE A HIPOVITAMINOSE “A”**

A suplementação medicamentosa com vitamina “A”, é uma estratégia para prevenir a deficiência desse nutriente em crianças menores de 5 anos de idade. A administração do suplemento consiste na aplicação de forma periódica (intervalos de 5 meses) de uma mega dose de vitamina “A”, apresentada em forma de cápsulas de 100.000 UI e 200.000 UI (Unidade Internacional) em crianças de 6 meses a 11 meses e de 12 a 59 meses respectivamente, além da aplicação de uma mega dose de 200.000 UI em puérperas (com feto vivo) no pós parto imediato ou no momento da alta hospitalar 3.985 (três mil novecentos e oitenta e cinco) doses em crianças de 6 meses a 11 meses, 6.768 (seis mil setecentos e sessenta e oito) doses em crianças de 12 a 23 meses e 12.858 (doze mil oitocentos e cinquenta e oito) doses em crianças de 24 a 59 meses. O quadro 1, demonstra o número de aplicações realizadas nas Unidades de Saúde em crianças menores de 5 anos de idade.

DOSES DE VITAMINA "A" APLICADAS EM CRIANÇAS DE 06 MESES A 59 MESES DE IDADE - EM 2003 E 2004.



Em 2003 foram realizadas Campanhas, com chamada a nível nacional, de intensificação da Vitamina A em criança menores de 5 anos de idade. Em 2004, a

aplicação de doses de Vitamina “A” foi realizada como procedimento de rotina nas Unidades. Verifica-se que houve uma redução de 18.026 doses aplicadas em relação ao ano de 2003, havendo necessidade de intervenção, junto às Unidades de Saúde, para maior abrangência desse procedimento.

2 - CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS

2.1 - MELHORAR A COBERTURA VACINAL

QUADRO 05: Comparativo da cobertura das campanhas de vacina 2003/2004.

VACINA	COBERTURA 2002	COBERTURA 2003	COBERTURA 2004
INFLUENZA	81,22	86,05	89,13
PÓLIO – 1ª ETAPA	96,01	96,58	94,28
PÓLIO – 2ª ETAPA	97,34	98,09	98,32

Fonte: SMS/NAI – Dados sujeitos a revisão.

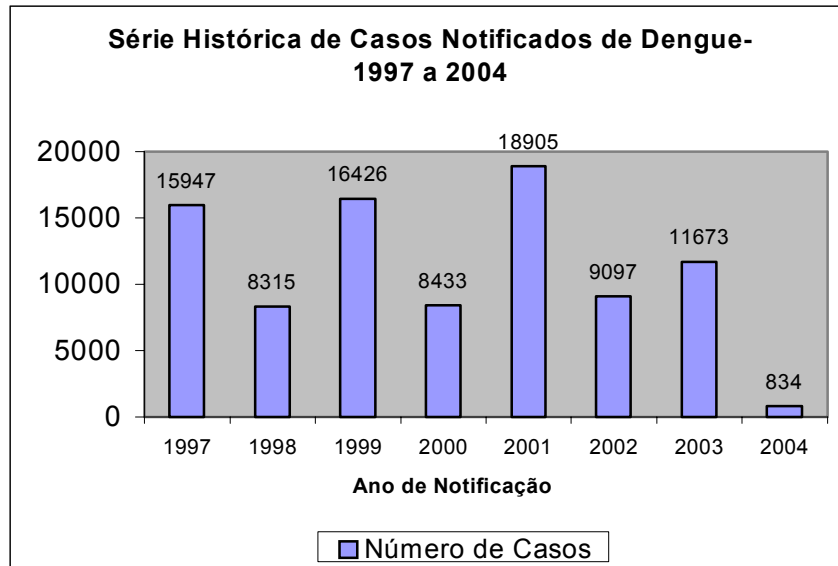
A SMS vem conseguindo vacinar mais de 80% dos idosos na faixa etária estabelecida, contribuindo assim na prevenção da gripe e dos agravos decorrentes desta na população idosa, superando a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, que é vacinar 70% dos idosos acima de 60 anos de idade. Passamos de 86,05% em 2003 para 89,13% em 2004.

Em 2002 e 2003 a SMS superou a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, que é vacinar, contra a poliomielite, 95% da população de crianças menores de 5 anos, e com isto vem contribuindo para manter erradicada a paralisia infantil no Município, no Estado e no Brasil. Em 2004, na I Etapa da Campanha de 2004 não foi possível atingir os 95% de cobertura estimado pelo Ministério da Saúde, devido a um prolongado período de greve dos servidores no município. Já durante a II etapa de 2004 a cobertura de 98,32 superou a cobertura de 2003.

2.2 - REDUZIR A INCIDÊNCIA DA DENGUE E DE OUTRAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES NA ROTINA

Mesmo sem nenhuma explicação científica, desde 1997 observa-se uma alteração no número de casos de dengue nos anos ímpares, com uma tendência sempre crescente. Em 2003, reverteu-se esse quadro e reduziu-se o índice em relação a 2001. O controle da dengue foi considerado prioridade pela atual gestão municipal, a epidemia iniciada em 1997, e com maior pico epidêmico de 2001, iniciou uma tendência decrescente a partir de 2002 e 2003, acentuada em 2004 quando o número de casos em relação ao ano de 2003

teve uma redução de 92,9%, podendo-se afirmar que a epidemia está sob controle, conforme gráfico a seguir:



Fonte: SINAN/SMS – Dados sujeitos à alteração

Alguns fatores têm contribuído positivamente, para a diminuição do número de casos de dengue, dentre estes a ação de controle vetorial que possui uma história de intervenção nas instalações prediais e domiciliares há mais de 10 anos, eliminando mosquitos e introduzindo, conseqüentemente, novos hábitos comportamentais na população; ações educativas junto a toda comunidade através de palestras, reuniões, encontros, passeatas, mutirões, entre outras; campanhas publicitárias na grande mídia, além do importante fato de que a vulnerabilidade dos indivíduos aos sorotipos circulantes, no momento, diminuiu consideravelmente, devido aos picos epidêmicos dos anos anteriores. No entanto, não devemos desconsiderar que existe um 4º sorotipo viral que ainda não chegou ao Estado, o que se faz necessário que tanto a vigilância epidemiológica, quanto a sanitária e ambiental, mantenham-se eficientemente vigilantes.



Fotos: Campanha do Dia “D” de Combate à Dengue.

No que se refere à Febre Hemorrágica do Dengue (FHD), houve uma redução de 87,5% do número de casos notificados de FHD do ano de 2004 com relação a 2003, aproximando-se da diminuição ocorrida do total de notificações, que foi de 92,9%, conforme mencionado anteriormente. Isto pode ser um indicativo de que as ações de controle da doença estão sendo eficazes, revelando que nos próximos anos haverá uma redução gradativa do número de casos, caracterizando a “endemização” deste agravo. Com relação aos óbitos, ocorreram três óbitos em 2003 e nenhum em 2004.

2.3 - CONTROLAR HOSPEDEIROS E RESERVATÓRIOS

As ações do Projeto Emergencial de Controle de Monitoramento do Caramujo Africano (*Achatina fulica*) foram iniciadas em 01 de julho de 2004, através da equipe técnica do Centro de Controle de Zoonoses, com o objetivo principal de deter a invasão do caramujo africano (*Achatina fulica*) e monitorar a sua presença em nosso meio, evitando as futuras invasões a terrenos baldios e residências, e ainda prevenir o aparecimento de duas importantes enfermidades transmitidas por estes animais (Angiostrongilíase addominal e Angiostrongilíase meningoencefálica).

As metas estabelecidas estão sendo cumpridas. Foi efetivado o monitoramento dos terrenos baldios e repassado a URBANA, para que ocorram os trabalhos de limpeza dos respectivos terrenos e busca dos proprietários em questão.

Existe a necessidade da manutenção das atividades de vigilância, pois se observam em várias áreas alguns animais em estado de estivação.

Não há, ainda, nenhuma evidência de casos da moléstia que podem ser transmitidas pelos animais pertinentes no município de Natal (RN).

Quanto ao Programa de Controle de Roedores, houve um aumento no número de anti-ratizações de cerca de 31,05% (passou de 8.069 em 2003 para 10.575 em 2004) e de

desratizações de cerca de 65,89% (passou de 20.278 em 2003, para 33.640 em 2004), com isso, ocorreu uma redução em 50% nos casos de leptospirose de 8 em 2003, para 4 em 2004, no município de Natal (RN), apesar de ter ocorrido vários alagamentos devido às precipitações pluviométricas.

Em relação ao Programa de Controle de Raiva, a vacinação canina/felina no CCZ passou de 5.077 doses aplicadas em 2003 para 5.520 em 2004, configurando um aumento de 8,72%.



Foto: Vacinação canina/felina no CCZ

2.4 - REDUZIR O COEFICIENTE ANUAL DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE PULMONAR

Quando os casos de tuberculose são diagnosticados nas unidades notificadoras, estes são notificados e em seguida é dado o início do tratamento, através da disponibilização dos medicamentos tuberculostáticos, pelo Ministério da Saúde.

Em 2004 os medicamentos não foram repassados conforme a demanda do município, devido a isso, foi realizado um remanejamento de medicação de um paciente para outro, para que o tratamento dos mesmos não fosse interrompido.

A SMS tentou minimizar tal transtorno, encaminhando documento ao Secretário de Estado da Saúde e ao Ministério da saúde, no intuito de que os repasses sejam atualizados para que não ocorra solução de continuidade dos tratamentos em andamento e naqueles casos novos diagnosticados.

Atualmente há 6 laboratórios realizando exames para diagnóstico de tuberculose. Com o aumento significativo de solicitações de exames, os referidos laboratórios estão sobrecarregados, para atender ao Município de Natal como um todo.

Diante deste fato, está sendo previsto para 2005 um maior suporte à realização de exames, visando sua adequação à demanda existente.

Do total dos 534 casos notificados de tuberculose em todas as formas (casos novos, recidiva e reingresso após abandono), foram curados 333 pacientes, 76 abandonaram o tratamento e 34 foram a óbito.

TABELA I – Percentual de abandono de tratamento do programa de Controle da Tuberculose nos anos 2003 e 2004

ANO	ABANDONO DE TRATAMENTO (%)
2003	14,2
2004	5,4

Fonte: SINAN/SMS – Dados sujeitos à alteração

Percebe-se na Tabela descrita acima, que o percentual de abandono de 2004, com relação a 2003 é menor, havendo uma redução de 8,8% no abandono de tratamento em 2004.

2.5 - REDUZIR O COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA DA HANSENÍASE

No ano de 2004 a busca ativa de casos para identificação de sintomáticos dermatológicos, mesmo sendo prioritária, ainda não foi completamente disseminada nas unidades, apenas nas unidades de PSF que têm profissionais capacitados.

Foram realizadas três campanhas, fazendo busca ativa de casos, duas delas realizaram-se no distrito sanitário oeste e uma no distrito sanitário Sul. Com a realização das campanhas foram diagnosticados cinco casos no Distrito Sanitário Oeste e houve uma redução de 69% de doentes acometidos com grau de incapacidade I e II, tendo um diagnóstico mais precoce, com relação ao ano de 2003.

TABELA II – Comparativo dos indicadores do controle de Hanseníase – 2003 e 2004

Indicador(es) Principal(is)	Resultado – 2003	Meta – 2003	Resultado – 2004	Meta – 2004
Taxa de detecção de casos de hanseníase	0,58	0,76	0,65	0,76
Indicador(es) Complementar(es)				
Taxa de prevalência da hanseníase	0,23	1,40	0,57	1,40
Grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico	22,50	12,00	13,33	10,80

Fonte: SINAN/SMS – Dados sujeitos à alteração

Observando a Tabela acima, percebe-se que a taxa de detecção, indica que o Município de Natal tem média endemicidade de casos de Hanseníase, pois o resultado do indicador enquadra-se dentro do parâmetro de avaliação preconizado pelo MS, de 0,2 a 0,9 caso por 10000 hab. Além disto, está abaixo das metas pactuadas.

A taxa de prevalência mostra que a magnitude da doença é baixa, devido a ter menos de um caso por 10000 hab, os resultados também estão abaixo da meta pactuada para 2003 e 2004. Portanto nota-se que houve um pequeno aumento de 0,34 na taxa, principalmente, por causa das campanhas e dos momentos de sensibilizações realizadas junto à população e aos profissionais de saúde.

2.6 - REDUZIR A TAXA DE INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA-AIDS)

A rede municipal de saúde dispõe de laboratório para o teste de triagem (Elisa-ensaio imunoenzimático) – SAE (Serviço de Atendimento Especializado) - no Distrito Sul – Centro de Saúde de Ponta Negra. Foi ampliado o diagnóstico do HIV, que é uma meta prioritária do Programa Municipal de DST/AIDS, em 230% (de 2.732 em 2003 para 6.286 em 2004). Os exames para teste anti – HIV serão também ampliados para o laboratório de referência do Centro Clínico da asa norte.



Foto: Campanha Fique Sabendo

No ano de 2004 foram notificados 282 casos de AIDS em Natal, contra 180 em 2003, o que significa um aumento de 56,6%. A maior incidência da doença é em heterossexuais, na faixa etária de 20 a 34 anos. Houve aumento nos casos de AIDS no município, mas o sistema de notificações melhorou muito devido a maior integração entre a rede pública e privada de saúde, o que justifica os altos índices.

O atendimento ambulatorial aos portadores do HIV é realizado pela equipe multiprofissional com Psicólogo, Infectologista, Odontólogo e Ginecologista. A equipe

capacitada para atender o usuário portador do HIV é fundamental para promover saúde, objetivando um tratamento humanizado desde o aconselhamento até o momento da consulta e tratamento.

Para garantir o acesso principalmente de grupos específicos, a rede Municipal de Saúde através do Programa Municipal de DST/AIDS, mantém uma atividade de cadastro para melhor programar suas ações. Nos anos de 2003 e 2004, foram cadastradas, as seguintes populações:

TABELA III – Quantitativo de preservativos distribuídos pela rede Municipal, nos anos de 2003 e 2004.

POPULAÇÃO ESPECÍFICA	2003	2004
PROFISSIONAIS DO SEXO	54.400	77.760
HOMOSSEXUAIS - HSH	68.680	90.000
UNIDADE DE SAÚDE	448.064	455.000
TOTAL	571.144	622.760

Fonte: PMDST/AIDS – SMS

No ano de 2004 houve um aumento de 11% na distribuição dos preservativos.

2.7 - PREVENIR A OCORRÊNCIA DO TÉTANO NEONATAL

O tétano neonatal (TNN) é uma doença grave, que acomete recém-nascidos de mães que não tiveram atenção adequada durante o pré-natal, o parto e o puerpério.

Em 2004 ocorreu um caso de tétano neonatal, que foi notificado e investigado pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde, por se tratar de uma ação emergencial em que, o parto aconteceu no município de Natal, especificamente na Casa de Saúde Petrópolis, e o recém-nascido e a mãe residem em João Câmara. Destaca-se ainda o fato de que a mãe do caso referido era primigesta, com nível de escolaridade superior e que teve 6 consultas de pré-natal, todas no setor privado.

2.8 - IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS

- **Ações de Hipertensão e Diabetes**

Dentre as ações programadas voltadas para o controle da hipertensão e diabetes merece destaque a continuidade do cadastro dos portadores desta patologia que está sendo alimentado de forma lenta, pois tem ocorrido algumas dificuldades referente aos recursos humanos e equipamentos de informática nos distritos sanitários e nível central.

Segundo estimativa do Ministério da Saúde, o município de Natal tem 41.690 portadores de Hipertensão e 15.160 portadores de diabetes acima de 40 anos. Totalizando 56.850 pessoas a serem cadastradas no **Hiperdia**, no entanto, apenas 16,34% têm seu cadastro registrado no Ministério Saúde, necessitando de uma intervenção maior da SMS na solução do problema.

- **Ações voltadas para atenção ao idoso**

Estão sendo desenvolvidas supervisões sistemáticas aos Asilos (Lar do Ancião N. Srª da Esperança-LANSE, Lar do Ancião Evangélico-LAE, Espaço Solidário de Mãe Luiza, Instituto Juvino Barreto, Lar da Vovozinha e Bom Samaritano) por profissionais das unidades de saúde, aos Idosos com dificuldades de locomoção, através de consulta médica de enfermagem e fornecimento de medicamentos.

- **Câncer de Colo de Útero**

A citologia oncótica (prevenção de câncer de colo uterino) está sendo realizada em 16 unidades de saúde do Distrito Oeste, 24 do Distrito Norte, 10 do Distrito Sul e 10 do Distrito Leste.

2.9 - MONITORAMENTO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS

TABELA IV – Número de Casos de Diarréia Notificados por Semana Epidemiológica, segundo Faixa Etária e Plano de Tratamento – Natal, em 2003 e 2004

ANO	FAIXA ETÁRIA						PLANO DE TRATAMENTO					
	<1a	1a4	5a9	10+	IGN	TOTAL	A	B	C	O.C.	IGN	TOTAL
2003	2.715	4.577	1.214	2.175	33	10.714	5.626	963	2.697	-	1.428	10.714
2004	3.255	7.165	2.074	7.157	392	20.043	9.974	2.260	5.354	470	1.985	20.043

Fonte: SVE/NAN – Dados sujeitos à alteração

LEGENDA

A – Plano de Tratamento A: Paciente com diarréia sem sinais de desidratação. Paciente orientado para aumentar o volume de líquido.

B – Plano de Tratamento B: Paciente com diarreia com sinais de desidratação. Paciente deve ser tratado com soro (sais de reidratação oral).

C – Plano de Tratamento C: Paciente com diarreia e desidratação grave. Paciente deve receber reidratação venosa.

IGN – Se ignora a que tratamento o paciente foi submetido.

O.C. – Outra conduta terapêutica.

Em 2004 foram notificados 20.043 casos. Estabelecendo-se uma análise comparativa com relação a 2003, evidencia-se um aumento de 87,1% no total de casos, em consequência do aumento de 194,7% no número de unidades notificadoras, conforme descrito na Tabela IV, a seguir.

TABELA V – Número de Unidade de Saúde e Hospitais que realizaram MDDA, em 2003 e 2004

Ano	Nº Unidades que realizam MDDA	Nº de Hospitais que realizam MDDA	Total de Fontes Notificadoras
2003	17	02	19
2004	48	08	56

Fonte: SVE/NAN – Dados sujeitos à alteração

3 – MELHORIA DE GESTÃO DO ACESSO E DE QUALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1 – QUANTIFICAR, QUALIFICAR, INSPECIONAR E LICENCIAR ESTABELECIMENTOS FARMACÊUTICOS E CONGÊNERES.

TABELA VI: Inspeções Sanitárias em estabelecimentos farmacêuticos de baixa complexidade, Janeiro a novembro de 2004

Descrição da Ação	Meta Pactuada	Produção 2004	Cobertura Anual
Drogarias, Ervanarias e Postos de Medicamentos	121	380	314,0%
Empresa de Transporte de Produtos	05	04	80,0%
Dispensário de Medicamentos	71	47	57,7%
Farmácia Hospitalar	28	12	42,8%

Fonte: Mapas Mensais de VISA

Com relação às inspeções em drogarias, ervanarias e postos de medicamentos, o serviço de vigilância sanitária inspecionou o total de estabelecimentos cadastrados (302) e os instalados do decorrer do ano de 2004. Este fato se deve a exigência da ANVISA que somente permite a venda de medicamentos aos estabelecimentos que tiveram seus alvarás sanitários liberados.

TABELA VII: Inspeções Sanitárias em serviços de média e alta complexidade, 2004

Descrição da Ação	Meta Pactuada	Produção 2004	Cobertura Acumulada
Serviços de Quimioterapia	12	12	100%
Laboratórios Clínicos	78	81	103,8%
Postos de Coleta	05	06	120,0%
Serviços de Manipulação	28	37	132,1%
Empresas Distribuidoras	52	52	100%
Empresa de Esterilização e reprocessamento de artigos médicos	04	04	100%

Fonte: Mapas Mensais de VISA

As inspeções sanitárias realizadas em serviços de quimioterapia corresponderam a 100% dos estabelecimentos instalados no município, realizando-se inclusive duas inspeções ao ano, conforme determinação da Portaria/MS nº 2473/03. Situação semelhante refere-se à atividade de inspeção sanitária em empresa de esterilização e reprocessamento de artigos médicos, que também teve 100% dos estabelecimentos inspecionados, no mesmo parâmetro anual dos serviços de quimioterapia.

A atividade de inspeção sanitária em empresas distribuidoras atingiu 100% da meta pactuada para o ano. As inspeções realizadas em laboratórios clínicos e postos de coleta ultrapassaram as metas pactuadas chegando a 103,8% e 120,0% respectivamente. Para os serviços de manipulação, a meta pactuada também foi ultrapassada, chegando a 132,1%.

3.2 - QUANTIFICAR, QUALIFICAR, INSPECIONAR E LICENCIAR ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E CONGÊNERES.

- **Descentralizar e assessorar a implantação das ações de baixa e média complexidade para os distritos sanitários**

TABELA VIII - Inspeções Sanitárias em serviços de saúde de baixa e média complexidade, janeiro a novembro de 2004.

Descrição da Ação	Meta Anual	Produção 2004	Cobertura Acumulada
Creches	105	93	88,6%
Estabelecimentos de Atividades Físicas	117	178	152,1%
Estabelecimentos de Atenção ao Idoso	10	08	80,0%
Clínicas e Consultórios Médicos e Paramédicos	688	269	39,1%
Clínicas e Consultórios Odontológicos	238	257	108,0%
Clínicas de Fisioterapia	27	50	185,2%

Fonte: Mapas Mensais de VISA

Com relação aos serviços de saúde de baixa complexidade, se pode verificar na Tabela acima que as inspeções sanitárias realizadas em creches nos meses de janeiro a novembro de 2004, correspondem a 88,6% da meta pactuada. As inspeções em clínicas e consultórios médicos e para-médicos tiveram números bastante reduzidos em relação à meta pactuada. Até o mês de novembro, foram cumpridos apenas 39,1% da meta pactuada para o ano, evidenciando a não priorização deste ramo de atividade pelas equipes distritais.

Quanto às inspeções em clínicas e consultórios odontológicos se nota um percentual de 108,0% em relação à meta pactuada; em estabelecimentos de atividades físicas e clínicas de fisioterapia esses percentuais chegam a 152,1% e 185,2% respectivamente, isso nos leva a constatação de que, na pactuação desses ramos de atividades, devem ser aumentadas as suas respectivas metas. Ainda analisando a Tabela acima verifica-se que as inspeções sanitárias em estabelecimentos de atenção ao idoso, até o mês de novembro, tiveram 80% de meta acumulada.

- **Realizar Ações de Alta Complexidade**

TABELA IX: Inspeções Sanitárias em serviços de saúde de alta complexidade, 2004

Descrição da Ação	Meta Anual	Produção 2004	Cobertura Acumulada
Unidades Hospitalares	28	28	100%
Serviços de Terapia Renal Substitutiva	10	10	100%
Serviços de Radiodiagnóstico Médico e Odontológico extra-oral	59	73	123,7%
Serviços de Medicina Nuclear	02	02	100%
Serviços de Radioterapia	02	02	100%
Serviços de Medicina Transfusional	24	24	100%

Fonte: Mapas Mensais de VISA

No que se refere aos serviços de saúde de alta complexidade, 100% das unidades hospitalares e dos serviços de medicina nuclear instalados em Natal foram inspecionadas. Quanto aos serviços de radiodiagnóstico médico e odontológico extra-oral a meta pactuada foi ultrapassada, chegando a 123,7%. Isto se deve ao fato de novos serviços terem sido instalados na cidade. Quanto aos serviços de terapia renal substitutiva e serviços de medicina transfusional, foram inspecionados também 100% dos serviços do município, com duas inspeções ao ano, conforme determina a Portaria/MS nº 2473/03. Para os serviços de radioterapia a meta pactuada para 2004 foi cumprida em 100%.

3.3 - QUANTIFICAR, QUALIFICAR, INSPECIONAR E LICENCIAR DISTRIBUIDORAS, COMÉRCIO DE ALIMENTOS E COZINHAS INDUSTRIAIS.

- ♦ **Assessorar a implementação das ações de baixa e média complexidade nos Distritos.**

TABELA X - Inspeções Sanitárias na área de alimentos, janeiro a novembro de 2004

Descrição da Ação	Meta Anual	Produção 2004	Cobertura Acumulada
Comércio de Alimentos	761	1564	205,5%
Cozinhas Industriais	18	10	55,5%

Fonte: Mapas Mensais de VISA

No que se refere às inspeções sanitárias na área de alimentos, se nota que as inspeções em comércio de alimentos chegam a 205,5% da meta pactuada. Deve-se considerar que essa atividade também integrante da PPI – VS, teve sua meta redefinida pelo nível federal, tendo sido reduzida de 100% para 20%, desta forma, a meta acumulada para o ano foi calculada tomando como base este novo parâmetro.

Quanto a inspeções em cozinhas industriais, ação integrante da PPI – MACVISA, a cobertura acumulada até o mês de novembro atingiu apenas 55,5% da meta pactuada, mostrando a não priorização do trabalho neste ramo de atividade.

Outra atividade pactuada integrante da Portaria/MS nº2473/03, o monitoramento de alimentos não foi executada em virtude das dificuldades de disponibilização de análises pelo Laboratório Central.

3.4 - MONITORAR A QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO; INSPECIONAR OS SISTEMAS DE COLETA E DISPOSIÇÃO DE ESGOTOS, RESÍDUOS SÓLIDOS DOMÉSTICOS E DE SERVIÇOS DE SAÚDE; QUANTIFICAR, QUALIFICAR, INSPECIONAR E, LICENCIAR OS ESTABELECIMENTOS.

♦ Implementação das ações de baixa complexidade nos distritos.

TABELA XI - Inspeções Sanitárias em estabelecimentos de baixa complexidade, janeiro a novembro de 2004.

Descrição da Ação	Meta Anual	Produção 2004	Cobertura Acumulada
Estabelecimentos de Ensino Fundamental	101	104	103,0%
Estações Rodoviárias e Ferroviárias	40	11	27,5%
Hotéis e Pousadas	132	54	40,9%
Motéis	28	27	96,4%
Condomínios	27	51	188,9%

Fonte: Mapas Mensais de VISA

Na Tabela acima fica evidenciado que no que se refere a estabelecimentos de ensino fundamental, o acumulado até o mês de novembro chega a 96,4% da meta pactuada, que como integrante da PPI – VS, teve sua meta redefinida, baixando de 100% para 40%, tendo sido a meta anual calculada com o novo parâmetro. Para as inspeções

sanitárias em motéis foram atingidos 103,8% da meta pactuada; já para as inspeções sanitárias em condomínios chegaram a 188,9% da meta pactuada.

- **Cadastro dos Sistemas de Abastecimento de Água**

O cadastro dos Sistemas de Abastecimento de Água servirá de base para a realização da etapa de controle da qualidade da água para consumo humano. Além disso, o cadastro serviu para identificar o perfil do tipo de água consumida por cada bairro da cidade do Natal.

3.5 – GARANTIR SUPORTE TÉCNICO E OPERACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES

Como produto de atividade conjunta entre o nível central e distrital, foram elaborados no ano de 2004, roteiros de inspeção para os seguintes ramos de atividades: oficinas, borracharias e sucatarias; estabelecimentos carcerários; empresas especializadas na prestação de serviços de controle de vetores e pragas urbanas; e lavanderias. Tais roteiros elevam a qualidade do trabalho de inspeção sanitária na medida em que padroniza o procedimento técnico e a conduta das equipes distritais.

Também como forma de garantir suporte técnico foram elaboradas minutas de normas técnicas para estabelecimentos carcerários e desinsetizadoras. Outra minuta de norma técnica elaborada neste ano foi para regulamentação à restrição ao uso de fumíferos, em atendimento a demanda da Promotoria Pública do Meio Ambiente. Essa minuta de norma foi entregue a Promotoria solicitante para os avaliação e encaminhamentos cabíveis. Ainda com referência a normatização, através do Decreto nº 7.456 de 16 de julho de 2005, foi publicada a Norma Técnica Especial que regulamenta o funcionamento dos condomínios no Município do Natal.

- ♦ **Organizar serviço emergencial para as denúncias de meio ambiente.**

Em continuidade as ações desenvolvidas no ano de 2003, o serviço emergencial para as denúncias de meio ambiente funcionou neste ano em duas frentes. Uma através do serviço de plantão que é responsável pelas denúncias urgentes e demandas do Ministério Público; e a outra através do Núcleo de Saúde Ambiental (NSA), especificamente para as denúncias de águas servidas.

Em 2004, o Núcleo de Saúde Ambiental recebeu 498 denúncias relacionadas a água servida tendo atendido 95,7% (477) do total. Das denúncias atendidas, 16,3% (78)

não foram procedentes, das denúncias procedentes (399), foram resolvidas através do trabalho direto com os denunciados apenas 17,4% (83) no ano de 2004. Assim, 66,2% (316) das denúncias foram enviadas para os distritos sanitários para autuação.

3.6 – IDENTIFICAR SITUAÇÕES DE RISCO PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR DENTRO DOS DIVERSOS ESTABELECIMENTOS E PROCESSOS DE TRABALHO

- **Assessorar a implantação das ações de saúde do trabalhador nos Distritos e Nível Central.**

-

Com a ampliação da equipe de saúde do trabalhador, no terceiro trimestre de 2004, foi possível iniciar-se a atividade de inspeção sanitária de rotina, mais especificamente em oficinas mecânicas, hospitais, canteiros de obra, hotéis e restaurantes self-service, tendo sido inspecionados 32 estabelecimentos. Outras 02 inspeções em canteiro de obra e empresa de serviço de esgotamento sanitário, também realizadas em atendimento a denúncias.

3.7 – IMPLEMENTAR O CADASTRO DOS USUÁRIOS DO CARTÃO SUS

Já foram cadastrados 379.339 usuários, referentes às zonas norte, oeste e parte do sul, com perspectiva de retomada do cadastramento em 2005. Foram recebidos e distribuídos na zona norte 10.806 cartões. Falta o Ministério da Saúde – MS, juntamente com a Caixa Econômica Federal, confeccionarem aproximadamente 372.654 cartões, para que sejam distribuídos na zona norte, oeste e parte do sul (população já cadastrada).

Considerando o processo de permanente revisão e atualização do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS e do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, a SAS - Secretaria de Atenção à Saúde, determinou através da Portaria nº 174 de 14 de maio de 2004, que os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que exigem autorização prévia sejam acompanhados, obrigatoriamente, da identificação dos usuários por meio do número do Cartão Nacional de Saúde.

Nesse sentido, o Setor de Informatização do Departamento de Planejamento e Informação em Saúde – DPI iniciou o processo de capacitação de todos os funcionários dos estabelecimentos públicos municipais que geram APAC/AIH, como também de todos os estabelecimentos conveniados com o SUS.

3.8 – ESTRUTURAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO

• Produção Ambulatorial

Procedimentos Básicos:

Foram realizados no período de janeiro a novembro de 2004 um total de 5.295.085 (cinco milhões duzentos e noventa e cinco mil e oitenta e cinco) procedimentos na atenção básica. Comparando-se ao total de procedimentos básicos realizados em 2003, percebe-se que houve um decréscimo em 2004, justificado, em parte, pela mudança na forma de contabilização de alguns procedimentos, uma vez que estão incorporados ao “per capita” fixo do PAB e provavelmente, também, em consequência da greve do funcionalismo público municipal. Esse decréscimo de, aproximadamente, 485.000 (quatrocentos e oitenta e cinco mil) procedimentos, corresponde a cerca de 8,39%, conforme quadros abaixo.

QUADRO 06– TOTAL DE PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO PERÍODO DE 2003/2004

PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO BÁSICA	2003	2004
..01-Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio	2.277.571	2.070.961
..02-Ações Médicas Básicas	1.593.235	1.294.353
..03-Ações Básicas Em Odontologia	773.057	704.202
..04-Ações Executadas P/Outros Prof.Nível Superior	583.392	561.811
..05-Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	553.327	663.758
TOTAL	5.780.582	5.295.085

Fonte: SIA/SUS – DOA

O Piso da Atenção Básica, “per capita” é de R\$ 13,00 (treze reais) por habitante/ano. Reajustado a partir de setembro – Portaria 2024/04-GM, no valor de R\$ 806.860,17 (oitocentos e seis mil oitocentos e sessenta reais e dezessete centavos). O valor médio da produção municipal gira em torno de R\$ 525.280,31 (quinhentos e vinte e cinco mil duzentos e oitenta reais e trinta e um centavos).

Procedimentos na Atenção Especializada:

O SUS municipal ofertou, durante o período de janeiro a novembro de 2004, 3.843.495 (três milhões oitocentos e quarenta e três mil quatrocentos e noventa e cinco) procedimentos na atenção especializada, o que representa um aumento percentual de 63,32%, em relação ao mesmo período de 2003. Os maiores acréscimos surgiram no

Grupo 12 – AnátomoPatologia e Citopatologia – com um percentual de 190,49% e no Grupo 13 – Radiodiagnóstico – com um percentual de 113,14%.

Consideramos um avanço significativo, este crescimento da oferta de procedimentos especializados, inclusive, com uma inclusão de serviços, até então, comprados somente através de processo administrativo, com valores bem superiores à Tabela SUS. Este é um avanço real do sistema do sentido de ampliar o acesso aos serviços de maior complexidade.

Foram disponibilizados exames como Endoscopia, Colonoscopia, Retosigmoidoscopia e Ecocardiograma com Doppler.

QUADRO 07 – TOTAL DE PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PERÍODO DE 2003/2004

PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS	2003	2004
		2.433.764
..07-Proced.Espec.Profis.Médicos,Out.NívelSup./Méd	787.399	1.359.623
..08-Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	39.693	55.338
..09-Procedimentos Traumato-Ortopédicos	52.227	52.470
..10-Ações Especializadas Em Odontologia	79.480	70.078
..11-Patologia Clínica	1.075.626	1.635.512
..12-Anatomopatologia e Citopatologia	39.664	115.221
..13-Radiodiagnóstico	101.205	215.718
..14-Exames Ultra-Sonográficos	21.846	43.952
..17-Diagnose	53.518	95.691
..18-Fisioterapia (Por Sessão)	145.039	150.247
..19-Terapias Especializadas (Por Terapia)	38.057	49.640
..22-Anestesia	10	5

Fonte: DOA/SMS

Alta Complexidade:

A Alta Complexidade Ambulatorial continua sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP, com previsão de descentralização para a Secretaria Municipal de Saúde, em 2005. Apenas um pequeno grupo de procedimentos, inerentes ao acompanhamento de pacientes com deficiência auditiva e acompanhamento de pacientes transplantados, encontram-se sob a responsabilidade do Município.

No ano de 2003 foram realizados, através da Secretaria Municipal de Saúde – Natal, 35.730 (trinta e cinco mil, setecentos e trinta) procedimentos de Alta Complexidade, contra 40.880 (quarenta mil, oitocentos e oitenta) no ano de 2004. Essa diferença de 5.150 (cinco mil, cento e cinquenta) procedimentos representa um incremento de 14,41%.

Atenção Hospitalar:

Foram programadas e pactuadas 86.990 (oitenta e seis mil novecentos e noventa) internações/ano, sendo realizadas, de janeiro a novembro/04, 67.402 (sessenta e sete mil quatrocentos e dois), dessas 37.417 (trinta e sete mil quatrocentos e dezessete) foram de municípios de Natal, o que corresponde a 54,51% e 29.985 (vinte e nove mil novecentos e oitenta e cinco) de pacientes de outros municípios, o que corresponde a 44,49%.

Houve uma predominância da Clínica Cirúrgica, com índice de 31% em relação às demais clínicas. Essa predominância manteve-se em relação à demanda dos outros municípios, em 38%.

O teto previsto para internações foi de R\$ 54.201.189,11 (cinquenta e quatro milhões duzentos e um mil cento e oitenta e nove reais e onze centavos). Até o mês de novembro/04, já foram gastos R\$ 51.469.145,60 (cinquenta e um milhões quatrocentos e sessenta e nove mil cento e quarenta e cinco reais e sessenta centavos), faltando, apenas, o mês de dezembro que encontra-se em processamento.

Analisando o quadro da produção hospitalar de 2003 e 2004 (abaixo), observamos a seguinte distribuição.

QUADRO 08: TOTAL DE INTERNAÇÕES POR COMPLEXIDADE – 2003/2004

COMPLEXIDADE DAS INTERNAÇÕES	2003			2004		
	FREQ.	VALOR	%	FREQ.	VALOR	%
. Proced. de Alta Complexidade	2.919	9.870.251,72	27,00	3.060	7.716.959,60	15,0
. Procedimentos Estratégicos	426	1.234.032,28	3,38	654	4.163.276,43	8,01
. Demais Procedimentos	53.244	25.450.480,03	69,62	63.688	39.588.909,59	76,91
. TOTAL	56.589	36.554.764,03	100,0	67.402	51.469.145,62	100,0

FONTE: DOA/SMS

Pelo quadro acima, pode-se afirmar:

1) Embora tenha havido um aumento geral no número de atendimentos e no seu valor final, houve uma maior racionalização dos mesmos, uma vez que os procedimentos de Alta Complexidade passaram a representar 15% dos valores totais das internações, com uma diminuição de 12%, em relação a 2003, nos valores pagos;

2) Embora os valores da alta complexidade tenham diminuído, sensivelmente, nos valores pagos, houve aumento no número de procedimentos realizados;

3) Nos procedimentos estratégicos houve aumento de 4,45% sobre os valores repassados pelo Ministério da Saúde, o que significa melhor adequação, pela Auditoria, dos códigos da Tabela SIH/SUS, do MS, uma vez que os valores dos procedimentos, assim codificados, não entram no teto do município;

4) O incremento de 55,5% nos valores da Média Complexidade, deveu-se à maior regulação e melhor adequação dos procedimentos, pela Auditoria, considerando que as

pactuações com os outros municípios foram feitas na Programação Pactuada Integrada-PPI;

5) Outro fato que contribuiu para essa racionalização, foi a permanência dos Auditores no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, fazendo o encaminhamento para as internações hospitalares.

Incremento de leitos de UTI:

Até 2003, existiam no município de Natal, apenas 62 (sessenta e dois) leitos de UTI credenciados ao SUS. Em 2004, após uma avaliação qualitativa quanto aos recursos humanos e tecnológicos, 31 desses leitos tiveram mudanças do Nível I para os Níveis II e III, conforme Portaria nº 157/04-GM, de 04/02/04 e Portaria nº 743/04-GM, de 10/12/04. Houve, ainda, nesse ano, um incremento de 40 (quarenta) novos leitos, o que representa um acréscimo de 64,51%, em relação aos leitos existentes em 2003. Hoje o município de Natal dispõe de 102 (cento e dois) leitos de UTI para os usuários do SUS.

Programação Pactuada Integrada:

Desde 2003 o município de Natal, através da Secretaria Municipal de Saúde, tem investido nos instrumentos de controle, tendo realizado a Programação Pactuada Integrada-PPI, na qual definiu-se quantitativos físicos e financeiros dos procedimentos da assistência ambulatorial e hospitalar, tanto para Natal, como para os municípios pactuantes com Natal.

O ano de 2004 foi marcado pela efetivação da PPI. Considerando a dinâmica dessa programação, várias reuniões foram realizadas com municípios, Secretaria de Estado da Saúde Pública-SESAP e Ministério da Saúde. Os valores dos tetos referenciados foram aumentando, a partir do momento em que Natal estabeleceu autorização prévia para os serviços pactuados, uma vez que vários municípios que utilizavam a rede municipal de saúde para atendimento de sua população, sem se preocupar em repassar os recursos, procuraram Natal para efetuar suas pactuações.

A última pactuação estadual ocorreu em setembro de 2004, tendo sido aprovada na Comissão Intergestores Bipartite e publicada através da Portaria nº 505, de 22 de setembro. O teto da assistência para o município de Natal para Média Complexidade Ambulatorial e Alta Complexidade Hospitalar, encontra-se em torno de R\$ 69.230.024,00 (sessenta e nove milhões duzentos e trinta mil e vinte e quatro reais) ano, sendo depositado em parcelas de 1/12 (um doze avos), parte no Fundo Municipal de Saúde e um quantitativo repassado direto do Fundo Nacional de Saúde para conta específica da

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, de acordo com o Termo de Compromisso entre Entes Públicos com o hospital universitário. Desse valor, R\$ 39.930.730,00 (trinta e nove milhões novecentos e trinta mil e setecentos e trinta reais) pertence à população de Natal e R\$ 29.299.293,00 (vinte e nove milhões duzentos e noventa e nove mil e duzentos e noventa e três reais) à população referenciada, ou seja, de outros municípios. Do total desses recursos, cerca de 78,50% estão destinados para cobertura com internação hospitalar e 21,49% para assistência ambulatorial.

Através da Programação Pactuada Integrada-PPI, todos os municípios do estado pactuaram internação hospitalar, principalmente, na Clínica Cirúrgica, destacando-se a Alta Complexidade.

Quanto aos serviços ambulatoriais, apenas alguns municípios, em torno 81 (oitenta e um) pactuaram, embora todos ainda enviem seus pacientes para Natal, fato que tem sacrificado muito o teto financeiro de Natal.

A meta para 2005 será rever a pactuação com todos os municípios, desencadeando um intenso processo de conscientização, envolvendo os prefeitos, gestores de saúde, profissionais e prestadores.

Contratualização:

Até 2004, vários prestadores de serviços de saúde atuavam dentro de uma informalidade contratual e outros contratos estavam baseados, mais na vontade do prestador, do que no interesse público. Através de uma decisão corajosa do gestor municipal, essa irregularidade foi enfrentada. Com base no planejamento e na disponibilidade de recursos, foram definidos os quantitativos dos serviços, estabelecendo redes assistenciais integradas, respeitando o fluxo populacional previsto no Plano Diretor de Regionalização-PDR e Programação Pactuada Integrada-PPI, além da avaliação qualitativa das unidades credenciadas.

Antes da existência da Programação Pactuada Integrada – PPI, da Chamada Pública e do novo processo de contratualização, ficava impossível ofertar determinados procedimentos à população, uma vez que os prestadores se negavam a oferecê-los, pois, muitos desses, não lhes eram economicamente viáveis, como por exemplo: Endoscopia; Colonoscopia; Retosigmoidoscopia e alguns tipos de Ultrassonografia, etc.

A contratualização teve, como fundamentação, as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde – Caderno de Orientações para Contratualização de Serviços de Saúde – e a Lei 8.666/93. Uma vez definido o teto físico e orçamentário para os Entes Públicos Municipais, Estaduais e Federais, celebrou-se, com este último, um dos primeiros

Termo de Compromisso entre Entes Públicos, do Brasil. Após isso, partiu-se para a Chamada Pública para a Formação do Banco de Prestadores de Serviços Ambulatoriais. Desse banco, já efetivou-se 30 (trinta) contratos, existindo algumas áreas a serem convocadas.

Regulação:

Diante da necessidade de organizar a prestação de serviços e regular a demanda, a Secretaria Municipal de Saúde estruturou a Central Metropolitana de Regulação, inaugurada no dia 27 de julho de 2004, que fará parte do Complexo Regulador Estadual. Esta Central é composta por Unidades de Trabalho, desempenhando o papel de receber e direcionar a demanda por serviços, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada, identificando os déficits e as falhas do sistema.

- Alguns benefícios da Central Metropolitana de Regulação:

- Permite distribuir e planejar, de forma igualitária, regionalizada e hierarquizada, os recursos assistenciais;
- Acompanhar, dinamicamente, os tetos pactuados entre os municípios;
- Organizar a referência em todos os níveis de atenção, na rede pública e contratada/conveniada;
- Identificar áreas de desproporção entre demanda e oferta;
- Subsidiar as re-pactuações na Programação Pactuada Integrada – PPI;
- Realizar o acompanhamento da execução das programações feitas pelo gestor, por prestador.

A Secretaria Municipal de Saúde investiu na aquisição de 12 (doze) microcomputadores, convocou, através de concurso, 14 (quatorze) videofonistas, devendo, esse número, ser ampliado para 22 (vinte e dois). Como se trata de uma estrutura bem mais ampla, abrangendo Distritos Sanitários e Unidade de Saúde, aguardamos a execução da compra de mais computadores, para o devido atendimento a esses Distritos e Unidades, pertencentes à Rede desta Secretaria. Esses recursos já estão aprovados pelo Ministério da Saúde, para a execução da compra, através da Secretaria de Estado da Saúde Pública-SESAP, órgão responsável pela aquisição desses equipamentos para Natal e demais Centrais, localizadas nas macro-regiões.

A Central Metropolitana de Regulação entrou em operacionalização com 02 (duas) especialidades no Módulo de Consultas, que são: Cardiologia e Oftalmologia. Em dezembro, foram incluídas mais 04 (quatro) especialidades: Dermatologia, Endocrinologia, Otorrinolaringologia e Gastroenterologia, elenco mais procurado tanto pelas unidades de saúde quanto pelos municípios.

Mesmo com todo empenho, o processo de regulação, até por ser um serviço recém implantado, é bastante lento, pois, depende da disponibilidade das agendas e, sobretudo, da capacidade do Sistema de Regulação – SISREG, ainda em caráter experimental no Ministério da Saúde e operacionalizado pelo DATASUS. Embora de forma manual, outros instrumentos de regulação estão funcionando, como: as autorizações de consultas, através dos Distritos Sanitários e Unidades de Saúde, a partir da solicitação de um médico clínico da Unidade Básica; os exames de apoio diagnóstico também estão sendo autorizados, através dos Distritos e no Hospital Universitário Onofre Lopes, para onde, devido à grande demanda, foram designados técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, para autorização “in loco”. Os municípios do interior indicaram autorizadores que, semanalmente, trazem suas agendas para marcação, de acordo com a disponibilidade de oferta.

Continua sendo acompanhado, pela Auditoria Municipal, o fluxo de pacientes do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel para os hospitais privados, tendo, nesse trimestre, ocorrido 161 (cento e sessenta e uma) transferências de pacientes de Natal, o que corresponde a 35,61%, e 291 transferências do interior, correspondendo, portanto, a 64,38%. As cirurgias eletivas continuam sendo autorizadas pela Junta Autorizadora Municipal, funcionando com 04 (quatro) médicos, em dois turnos de trabalho.

Cadastro de Estabelecimentos e Processamento dos Procedimentos SIA/SIH/SUS:

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES é um instrumento essencial de controle. Permite conhecer a estrutura física, recursos humanos, identificando a capacidade operacional das unidades de saúde, no âmbito municipal.

É recomendação do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que todos os serviços de saúde existentes no município, sejam cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde. Hoje, existem, 430 (quatrocentos e trinta) serviços cadastrados. Durante o exercício 2004, foi uma constante para a SMS-Natal, atualizar os dados referentes àquelas unidades prestadoras de serviços ao SUS, pois, o preenchimento de qualquer dado incorreto, inviabiliza o pagamento do serviço realizado.

O processamento da produção está intimamente relacionado à ocorrência das informações em relação ao cadastro. Essas duas atividades de controle foram bastante atuantes, no exercício de 2004.

Auditoria Municipal

Em março de 2004, foi lançado o Programa Municipal de Valorização do Sistema Municipal de Auditoria, naquele momento, com a presença de técnicos do Ministério da Saúde. Vários temas, objetos da auditoria, foram discutidos entre os auditores, definiu-se

um elenco de treinamentos, uma vez que muitos auditores não tiveram oportunidade de uma capacitação prévia ou ingressar no Sistema Municipal de Auditoria. Destacamos, como realização, os Treinamentos Básicos em Informática; Treinamento sobre Sistemas de Informação, usados na Auditoria do SUS, entre outros.

A Auditoria Operacional de Serviços Ambulatoriais se dava fora do local onde os serviços eram realizados, sendo feita, anteriormente, no próprio Nível Central da SMS. Esta prática foi abolida em 2004, o que permite, ao Auditor, ver as condições gerais do serviço, podendo ter um contato direto com o paciente e com os responsáveis pelo serviço.

Pela falta de técnicos capacitados em controle e avaliação e, por ser esta, a área de maior complexidade do SUS, pois, exige profissionais com uma visão global de saúde pública, com capacidade de enfocar mudanças, até mesmo culturais, a Secretaria Municipal de Saúde-Natal, utilizou vários auditores para exercer essa função, fazendo, simultaneamente, atividades de controle e avaliação.

- **Implantação do Núcleo de Vigilância Ambiental em Saúde**

De acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI), o município pactuou para 2004 a implantação da Vigilância Ambiental em Saúde, que tem como atribuições às ações de controle da qualidade da água para consumo humano, controle da qualidade do ar, controle da qualidade do solo, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

Natal é uma das três primeiras capitais do Nordeste a ter a Vigilância Ambiental implantada e as atividades iniciais a serem desenvolvidas serão as ações de Controle da Qualidade da Água para Consumo Humano, as quais contemplam três etapas: a primeira de cadastro dos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) da Companhia de Águas e Esgotos do Rio Grande do Norte já iniciado, e das soluções de abastecimento alternativas coletivas e individuais; a segunda, de controle, onde serão utilizados os dados das análises realizadas pela CAERN; e a terceira etapa de vigilância, no qual serão coletadas amostras de água em áreas pré-estabelecidas, e encaminhadas para análise no Laboratório Central (LACEN). Os dados de controle e vigilância da qualidade da água juntamente com dados epidemiológicos servirão para investigar e prevenir doenças de veiculação hídrica como dengue, esquistossomose, cólera, hepatite, doenças diarreicas, entre outras. Estas ações serão realizadas em 2005.

4 – REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DESCENTRALIZADO

4.1 – ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SAÚDE BUCAL DE FORMA INTEGRAL RESOLUTIVA

O ano de 2004 foi caracterizado pelos esforços de expansão na reorganização dos serviços básicos e especializados e pela qualificação das ações de modo a permitir uma melhor acessibilidade, democratização das informações e resolutividade na rede de atenção à saúde bucal.

Dentro dos investimentos em ações de saúde bucal incluem-se a ampliação do número de equipes de saúde bucal no programa Saúde da Família e a construção de Centro de Especialidades Odontológicas e laboratório de próteses dentárias.

- **Expansão na Atenção Básica**

Foi realizado um levantamento para compra de equipamentos e instrumentais odontológicos tendo em vista a implantação de novas equipes de saúde bucal do PSF como também de peças para manutenção dos consultórios já existentes.

Ainda no compromisso de se obter uma rede de atenção odontológica para o atendimento integral da população e no desenvolvimento de práticas centradas na promoção da saúde e no regaste na cidadania, as equipes de saúde bucal (ESB) no Programa Saúde da Família(PSF) foram ampliadas com o incremento de 109,1%, passando de 33 para 71 ESB. Em 12 unidades de saúde da família já existe 1 dentista e 1 ACD para cada equipe.

QUADRO 09: População coberta por equipes de saúde bucal por distrito sanitário até novembro de 2004.

Distrito Sanitário	Nº ESB 2003	Nº ESB 2004	Nº Habitantes	%
NORTE	21	50	203.590	78,46
OESTE	09	17	117.282	56,57
LESTE	03	04	27.593	22,42
TOTAL	33	71	348.465	46,15

Fonte: DAS/PSF

- **Reestruturação e Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).**

Considerando a alta incidência de cárie, de perda dentária precoce e doenças da gengiva, assim como o precário acesso aos serviços de saúde bucal, detectados no último

levantamento epidemiológico (SB 2000) O Ministério da Saúde Lançou o Programa Brasil Sorridente.

Os Centro de Especialidades Odontológicas ampliarão o acesso da população a procedimentos especializados como: tratamento de canal e gengiva, cirurgias bucais, dentre outros. Os laboratórios de prótese propiciarão a realização de procedimentos de reabilitação oral frente ao elevado índice de brasileiros sem dentes.

O CEO será vinculado à rede de atenção a saúde bucal do município e o fluxo de atendimento será realizado através dos distritos sanitários pelo serviço de referência e contra-referência.

A SMS de Natal entendendo ser essa uma política prioritária para o nosso Município, vem trabalhando em parceria com o Ministério da Saúde na expansão das equipes de saúde bucal no PSF e agora inaugura dois (02) centros de especialidades odontológicas com a perspectiva de habilitar o terceiro (CEO) que servirá para ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal.

O núcleo de saúde bucal tem contribuído no desenvolvimento do modelo assistencial dentro da estratégia de estruturação de uma rede de saúde bucal de forma integral e resolutiva, Para tanto aprovou-se a implantação de dois centros de especialidades odontológicas (CEO) para o município de Natal/RN na 129ª reunião ordinária da comissão intergestora bipartite, no dia 29/09/2004, os quais funcionarão no Centro Clínico da Asa Norte e Unidade integrada de cidade da esperança e estão com a inauguração agendada para a Segunda semana de janeiro/05.

• **Qualificação Profissional e Articulação Intersetorial.**

A Capacitação dos dentistas do PSF sobre a técnica do ART(Tratamento Restaurador Atraumático), realizada através de uma parceria da UNP(Universidade Potiguar) com a SMS(Secretaria Municipal de Saúde). A capacitação constou de uma parte teórica realizada no setor odontológico da UNP proferida pela Prof.^a *Maria de Fátima Jorge de Oliveira* e uma parte prática realizada pelo dentistas do PSF na Pré-Escola Espaço Livre em Mãe Luiza.

O núcleo de saúde bucal este ano vem participando junto à Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, de encontros de coordenadores de saúde bucal do Estado. O esforço de cada profissional em compartilhar saberes e prática tem sido a maior contribuição desses encontros, com destaque para as discussões pertinentes ao Programa

Brasil Sorridente, lançado pelo Governo Federal na cidade de Sobral (CE), com o tema “A Saúde Bucal Levada a Sério”.

A ampliação do número de equipes de saúde bucal (ESB) no programa Saúde da Família (PSF) novas portarias, implantação e habilitação dos centros de especialidades odontológicas (CEO) e de laboratórios de prótese dentária, a análise de dados dos três indicadores (29, 30 e 31) do pacto de atenção básica tem sido exercício desses encontros e que tem sido operacionalizado junto ao Departamento de Atenção à Saúde (DAS).

Análise dos três indicadores (29, 30 e 31) do pacto de atenção básica do município de Natal :

➤ Indicador 29 - Cobertura de 1ª consulta odontológica por ano no período 1999 – 2004.

Município	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Natal	23,29	35,72	26,05	24,47	23,45	19,38

Percentual recomendado: média de 30%

Meta para o município de Natal -RN /2004: 26,21

Este indicador atualmente não tem representado a realidade do acesso da população aos serviços odontológicos em função da inconsistência nos registros do procedimento de 1ª

consulta, visto que não foi possível ainda haver uma padronização no entendimento por parte dos profissionais. Com a implantação do PSF foi iniciada esta discussão, porém não foi ampliada ainda para o restante da rede. Acredita-se portanto que o declínio percebido no ano de 2004 seja resultado desta reorganização.

➤ Indicador 30. Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.

Município	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Natal	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	*

* Dado ainda não disponível.

Percentual recomendado: 0,50%

Meta para o município de Natal -RN /2004: 0,02%

- Indicador 31. Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais

Município	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL
Natal	8,62	8,99	7,55	7,03	9,26	7,2

Percentual recomendado: 10,00%

Meta para o município de Natal (RN)/2004: 6,31%

Este indicador nos possibilita avaliar a orientação do modelo que tem sido proposto para a atenção em saúde bucal e se percebe a uma primeira vista, uma menor participação de procedimentos mutiladores e uma priorização de ações de caráter preventivo e conservador. Porém, ainda não foi possível atingir a meta estabelecida para o ano de 2004.

4.2 – CONSTRUIR UMA REDE INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL

Em respeito às diretrizes da política de saúde mental do Município, que busca a consolidação de um novo modelo de atenção em saúde mental, a Secretaria Municipal de Saúde vem investindo na expansão e fortalecimento de sua rede de atenção extrahospitalar.

Para tanto, a política adotada no ano de 2004 foi norteadada pela definição de duas linhas estratégicas na atenção em saúde mental: reestruturação dos serviços e qualificação da atenção.

- **Reestruturação dos Serviços:**

Com o fim de melhor estruturar os serviços, a SMS promoveu a aquisição de novos equipamentos permanentes para os todos os serviços de saúde mental: fogões industriais, geladeiras, aparelhos de ar condicionado, cadeiras, armários, ventiladores, entre outros.

Foram adquiridos, também, computadores e impressoras para todos os CAPS, o que permitirá que uma melhor organização e qualificação do trabalho desenvolvido.

Atendendo a uma antiga reivindicação de usuários, técnicos e familiares, foi inaugurada a nova sede do CAPS II Oeste, que desde sua implantação, há 09 (nove) anos, sempre funcionou em condições precárias. A atual sede, ampla e bem localizada, acrescentou, seguramente, à qualidade do serviço ofertado.

Considerando as necessidades da rede, foram lotados novos profissionais nas equipes de saúde mental, após a realização de concurso público: psicólogos, farmacêuticos, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, entre outros. No entanto, ainda se reconhece a necessidade de novas lotações a serem efetivadas, o que deverá ocorrer no primeiro semestre de 2005.

Foi regularizado o repasse de vales transportes aos usuários dos serviços de saúde mental, ocorrendo sempre, sem atrasos, no primeiro dia útil de cada mês.

A entrega de medicamentos psicoativos aos usuários dos serviços de saúde mental também foi regularizada, ocorrendo apenas excepcionalmente algum atraso. Quanto aos medicamentos de alto custo de responsabilidade estadual ainda enfrentamos problemas.

Está em andamento o cadastramento de todos os usuários de medicamentos psicotrópicos da rede, de forma a assegurar sua distribuição responsável.

Houve uma reconhecida melhoria na qualidade da alimentação oferecida aos usuários dos CAPS II e CAPS ad II, com acompanhamento constante dos nutricionistas dos serviços.

Foram adquiridos materiais de consumo para as oficinas dos serviços, porém, ainda há muitas queixas quanto à qualidade e demora na aquisição. Com a proposta de padronização dessa compra, esperamos que esse problema seja, enfim, sanado.

• **Qualificação da Atenção:**

Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar

De 09 a 12 de março, houve a participação na Reunião Colegiada de Coordenadores de Saúde Mental e na discussão sobre o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS-2004, em Brasília/DF, que determina a redução da oferta de leitos SUS em hospitais psiquiátricos e o reinvestimento dos recursos daí resultantes na expansão da rede extra-hospitalar, fazendo valer as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Em maio, atendendo às diretrizes do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS 2004, iniciou-se a pactuação entre gestores e prestadores de serviços para a redução progressiva de leitos nos hospitais psiquiátricos que tenham acima de 160 leitos conveniados ao SUS. Essa redução, em módulos de 40 leitos, visa redirecionar os recursos financeiros do componente hospitalar para ações territoriais e comunitárias de saúde mental, com o objetivo de consolidar a reforma psiquiátrica. Nesse sentido, foram firmados Termos de Compromisso e Ajustamento com o Hospital Dr João

Machado e a Casa de Saúde Dr Severino Lopes na garantia de tratamento adequado aos seus pacientes.

Em março, o Município foi habilitado no Programa “De Volta pra Casa”, do Ministério da Saúde, cuja principal estratégia é o estabelecimento de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$ 240,00 mensais, para portadores de transtornos mentais egressos de longa internação em hospitais psiquiátricos e manicômios judiciários que tenham retornado às suas famílias ou sido encaminhados aos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Nos meses de março e abril, foi realizado o PNASH - Psiquiatria (Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares), nos hospitais psiquiátricos existentes no Município: Clínica Santa Maria, Casa de Saúde Profº Severino Lopes e Hospital Dr João Machado (HJM), com o fim de avaliar a qualidade do serviço ofertado, buscando classificar os hospitais segundo as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Em novembro, o MS concluiu a nova classificação, e foram realizadas reuniões de devolução com cada instituição avaliada.

Articulações Intrainstitucionais:

O Fórum de Saúde Mental, com reuniões mensais, mostrou-se um espaço privilegiado de discussões, a partir das quais foram criados 02 (dois) novos Grupos de Trabalho, um para “Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde Mental” e o outro para construção de um “Protocolo de Medicação em Saúde Mental”. A participação de diversas categorias profissionais no fórum tem sido cada vez mais significativa, o que enriquece bastante a discussão.

Em junho, diante do acidente ocorrido com o desabamento do teto de uma escola municipal, a coordenação deste Núcleo convocou todos os psicólogos da rede, e, juntamente com a gerência do Distrito Sanitário Oeste, organizou uma estratégia para atendimento às vítimas. Foi oferecido um plantão psicológico, atendimento psicoterápico às vítimas e seus familiares, acompanhamento às vítimas internadas e trabalhos com grupos de familiares e corpo docente.

Articulações Interinstitucionais:

Promoveu-se, ao longo de 2004, uma agenda de reuniões do Grupo de Trabalho constituído por técnicos da SMS e do HJM com a finalidade de implantar os primeiros Serviços Residenciais Terapêuticos no Município, buscando oferecer aos pacientes crônicos de hospitais psiquiátricos a possibilidade de retomarem suas vidas com autonomia, respeitando-se seus limites. Foi cumprido um cronograma de trabalho, estando prevista a inauguração do primeiro SRT em janeiro de 2005.

Em março, o Núcleo participou da Mesa-Redonda: “A Política de Saúde Mental no Brasil, no RN e em Natal”, no encerramento do módulo de saúde mental do Curso de Especialização em Saúde da Família, promovido pela SMS/NESC.

De 15 a 17 de junho, a coordenação do Núcleo de Saúde Mental, juntamente com a coordenadora do CAPS II Leste e coordenadores e profissionais do SAMU, participou da I Oficina Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, em Aracaju/SE. Nesta oficina, organizada pelo MS, foi produzido um documento nacional referente à atenção a ser prestada aos portadores de transtornos mentais pelo serviço de urgência e emergência.

De 20 a 22 de setembro, a coordenação do Núcleo de Saúde Mental participou do I Seminário do Humaniza SUS, em Brasília, tendo a oportunidade de discutir novas propostas em humanização da atenção e gestão em saúde.

Foram realizadas reuniões sistemáticas com a participação do Juizado Especial Criminal, do NOADE (Núcleo de Atenção ao Dependente Químico), de diversas promotorias, do Núcleo de Saúde Mental e dos serviços de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, visando articular os diversos setores sociais para melhor qualificar a atenção oferecida na área. Das estratégias e ações daí advindas, resultou reconhecidamente um avanço considerável na atenção prestada pela SMS.

Qualificação Profissional:

Foi realizada uma “Capacitação em Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas”, oferecida a 35 profissionais dos serviços especializados de saúde mental e das equipes do Saúde da Família. Essa capacitação vem atender às demandas de qualificação dos profissionais no atendimento à grave problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas, o qual já se constitui, nacionalmente, num importante problema de saúde pública.

De 28 de junho a 01 de julho, em São Paulo, o MS realizou o I Congresso Nacional de CAPS. Participaram, além da coordenadora do Núcleo, os coordenadores dos CAPS II Leste e Oeste e dos CAPS ad II Leste e Norte, além de outros profissionais dos serviços. O congresso trouxe importantes discussões quanto à atual política de saúde mental, se constituindo num momento bastante rico de proposições sobre o tema.

Nos dias 15 e 16 de julho, a SMS, através do Núcleo de Saúde Mental, promoveu a vinda a Natal do Dr Paulo Amarante, coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (LAPS), da Fundação Oswaldo Cruz. Numa palestra para 200 participantes, entre técnicos, usuários e gestores, no auditório da FUNASA, Paulo Amarante discorreu sobre a “Reforma Psiquiátrica: Avanços, Percalços e Desafios”. Foram

organizadas, também, visitas aos CAPS II e CAPS ad II, e discutidas propostas de capacitação para 2005.

De 23 a 25 de setembro, a coordenação do Núcleo e 02 (dois) participantes do Grupo de Trabalho para implantação das nossas primeiras Residências Terapêuticas, participaram do I Congresso Nacional de Serviços Residenciais Terapêuticos, em Paracambi/RJ, quando foi possível discutir as primeiras experiências ocorridas no Brasil, seus avanços e entraves. Com cerca de 300 (trezentos) participantes, o encontro foi bastante valioso para a discussão acerca do trabalho em curso em Natal.

A SMS, em parceria com a UFRN, patrocinou, de 20 a 22 de agosto, o Seminário “Psicanálise e Clínica dos Distúrbios Graves da Infância”. Foram disponibilizadas inscrições para 15 (quinze) participantes, entre psicólogos, assistentes sociais e médicos, que atendem na área.

4.3 - DESENVOLVER AÇÕES ARTICULADAS DE PREVENÇÃO, ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.

Foram desenvolvidas diversas ações articuladas de prevenção, acolhimento e acompanhamento a pessoas em situação de violência, tendo sido um ano marcado por atividades e eventos que possibilitassem a socialização das informações existentes e sensibilizassem os diversos profissionais que atuam na rede de serviços, capacitando-os para este atendimento. Houve a realização das reuniões sistemáticas da Comissão Municipal de promoção à Cultura de Paz na Família, que foi reestruturada dando grande contribuição no fortalecimento das parcerias internas e externas a instituição, principalmente junto ao Projeto Sentinela Municipal e a DIACONIA.

Na área de capacitação, foram realizadas três Oficinas com os temas promovendo a Paz na Família e Prevenção da violência Sexual na Mostra Sociedade Viva, direcionadas aos profissionais da saúde, educação e assistências social e proporcionada a participação de profissionais da rede municipal de saúde de cursos de capacitação na temática, com a participação de 15 profissionais da rede no Curso de Capacitação à Distância no enfrentamento à Violência Doméstica na Infância e Adolescência, promovido pela SEAS/RN em parceria com o UNICEF e CECovi e de 27 profissionais no Curso de Capacitação sobre violência de gênero e saúde, promovido pelo Deptº de Psicologia da UFRN.

Houve a realização de dois Seminários de Acolhimento a Pessoa em situação de Violência Sexual para funcionários das unidades de referência dos Pronto-Atendimentos

de Pajuçara e Cidade da Esperança em duas turmas, com participação, em média, de 150 profissionais. Outra atividade significativa foi a Realização do “I Seminário Municipal de Enfrentamento à Violência contra a Criança e o Adolescente”, em parceria com a Diaconia e a Igreja Presbiteriana do Natal, com a participação de 204 profissionais de diversas instituições da rede de proteção à criança e ao adolescente. O principal objetivo foi articular e fortalecer a rede de assistência e enfrentamento à violência infanto-juvenil.

Foram viabilizados espaços importantes de articulação e elaboração de projetos e apresentação de experiências como a Reunião com a Coordenação Nacional de Prevenção a Violência do Ministério da Saúde, apresentação da Experiência da Atenção à Pessoa em situação de Violência - SMS/Natal no I Congresso Brasileiro de Saúde de Cultura de Paz e Não Violência.

Foi elaborado projeto de Implantação de dois Serviços de Referência para atender pessoa em situação de Violência Sexual e encaminhado ao Ministério da Saúde, com participação das equipes dos referidos serviços. Além disso, foi aprovado junto ao Ministério da Saúde o projeto de implantação do Núcleo de Estudo e Prevenção à Violência em Natal, cujo objetivo é coordenar, supervisionar e avaliar as políticas relacionadas à prevenção da violência e promoção da cultura de paz no Município de Natal.

Como destaque nas atividades em parceria, fazemos constar, a Participação na organização do evento alusivo ao “18 de Maio” Dia Nacional de Combate ao abuso e a exploração sexual Infanto-juvenil, manifestação no calçadão da João pessoa, bem como, participação na comissão de organização da Campanha do Desarmamento, junto ao Governo do Estado e demais instituições envolvidas neste movimento.

4.4 - ESTRUTURAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

Na área de Saúde do Trabalhador, o ano de 2004 foi caracterizado por articulações que fortaleceram as parcerias com instituições importantes para a efetivação desta rede, através de encontros regionais de Saúde do trabalhador, Seminários e oficinas de trabalho. Neste ano ocorreu a habilitação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do município de Natal, através da portaria ministerial n °455, 27 de agosto de 2004. Tal conquista deveu-se também aos esforços da Comissão Interinstitucional em Saúde do Trabalhador (CIST), que foi responsável pela elaboração de documento entregue ao Ministro da Saúde em 09/08/04.

As atividades de atenção à saúde do trabalhador visaram viabilizar a Criação da CIST Municipal – Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, Portaria Nº 133/2004 – GS de 13 de maio de 2004:

- Aprovação do Plano Municipal de Atenção à saúde do Trabalhador no CES – RN e na Comissão de Intergestores Bipartite;
- Participação na Oficina da RENAST- Nordeste realizado em Recife PE;
- Envio do Plano Municipal de Atenção à Saúde do Trabalhador ao Ministério da Saúde, previsto a entrada de recursos na portaria ministerial para setembro/2004;
- Participação nas reuniões ordinárias do Fórum Estadual de Proteção do Meio Ambiente do Trabalho;
- Participação no Curso para cipeiros promovido pela CUT.

A Secretaria Municipal de Saúde participou no “I Seminário Estadual Sobre Trabalho e Saúde” com a presença de 100 profissionais, realizado em parceria com PREVDORT/RN nos dias 12 e 13 de agosto de 2004, no auditório do CEFET. Um dos objetivos era discutir a responsabilidade do poder público quanto à promoção dos programas preventivos e assistenciais referentes aos agravos à saúde provenientes do processo de trabalho. Na ocasião foi entregue cópia do documento elaborado pela CIST ao Coordenador da área Técnica em Saúde do Trabalhador, que imediatamente, em contato com o Ministério da Saúde, providenciou a habilitação.

4.5 - IMPLEMENTAR A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PROJETO ESTRUTURANTE NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM NATAL

Em consonância com o Plano Municipal de Saúde, a estratégia Saúde da Família vem sendo implementada como eixo estruturante na organização da atenção básica em Natal, tomando como base duas perspectivas:

• A expansão da cobertura assistencial do PSF no município de Natal:

No ano de 2004 foram implantadas 27 novas equipes, o que resultou em um aumento de 74, em 2003, para 101 no número total de equipes do PSF, conforme o quadro abaixo. Este dado reflete uma elevação de 36,49% na cobertura de um ano para o outro. A implantação das equipes foi precedida de discussões com as comunidades e com as equipes, o que caracteriza uma nova metodologia na implantação destes serviços.

QUADRO 10: Expansão do PSF em Natal

Ano	Nº de equipes	Nº de equipes implantadas no ano	Nº de unidades	Nº de unidades inauguradas no ano	Cobertura populacional
2000	19	0	04	0	9,07%
2001	19	0	04	0	9,07%
2002	57	38	17	13	26,77%
2003	74	17	23	06	34,27%
2004	101	27	32	09	46,14%

Fonte: PSF/SMS

Com esta ampliação, conforme o quadro, a cobertura populacional aumentou de 34,27% em 2003 para 46,14% em 2004 em 34,64%. Atualmente, cerca de 348.465 pessoas são atendidas pelo Programa de Saúde da Família, ou seja, 46,14% da população do Município, o que possibilitou, além de uma maior cobertura assistencial da população natalense, se aproximar da meta nacional estabelecida pelo PROESF que é de 50% da população em capitais com mais de cem mil habitantes, considerando a população de 2002.

QUADRO 11 - Cobertura do PSF por Distrito Sanitário no município de Natal nos anos 2003 e 2004

DISTRITO SANITÁRIO	TOTAL ESF 2003	POPULAÇÃO ESTIMADA PARA 2003	COBERTURA POPULACIONAL 2003	TOTAL ESF 2004	POPULAÇÃO ESTIMADA PARA 2004	COBERTURA POPULACIONAL 2004
NORTE	38	252.366	21,84	59	259.432	78,46
OESTE	30	201.676	17,24	34	207.322	56,57
LESTE	06	119.722	03,45	08	123.074	22,42
SUL	00	160.739	00	00	165.240	00
TOTAL	74	734.503	34,27	101	755.068	46,14

Fonte: DAS/PSF



Foto:Visita Domiciliar da Equipe de Saúde da Família

- **Melhoria na qualidade das ações desenvolvidas nas USF**

Qualificação dos profissionais:

No primeiro trimestre, na área de capacitação, foram realizados: um colóquio sobre diabetes mellitus em parceria com a UFRN e a apresentação de 18 trabalhos do PSF no XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

No trimestre seguinte, procedeu-se um treinamento introdutório para Agentes Comunitários de Saúde e a conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, com 32 alunos.

Para o terceiro e o quarto trimestre do ano destacaram-se os seguintes eventos de capacitação: Introdutório para equipes de saúde da família, Oficina de territorialização, Trabalho em equipe, Acolhimento e relações interpessoais, Urgência e emergência (suporte básico e avançado de vida), Atualização em ações de prevenção e controle da hipertensão e diabetes, Metodologia de intervenções comunitárias, Saúde reprodutiva: mortalidade materna, dentre outros.

Fórum/eventos e premiações do saúde da família

O Fórum de saúde da família tem sido um espaço permanente de discussão, através de reuniões mensais, onde estão sendo discutidas as questões relativas à implantação da estratégia na SMS, com ênfase para a agenda de capacitação e a reorganização do processo de trabalho nas equipes. Dentro da proposta de organização dos serviços foram encaminhadas as atribuições dos coordenadores técnicos e administrativos das USF's; parâmetros de avaliação de eficiência e formação de comissões temáticas.

A II Mostra Estadual de Produção e Experiências em Saúde da Família, nos dias 29 e 30 de setembro em Natal, contou com a participação expressiva dos profissionais da rede municipal e apresentação de 18 trabalhos destes, quatro foram premiados.

Utilização de indicadores gerados pelo SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica) pelas equipes do PACS/PSF

Com o objetivo de dar início a um processo permanente de utilização das informações geradas pelo SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica) no contexto das práticas de monitoramento, avaliação e programação em saúde pelas equipes do nível local e distrital, foram colocados em discussão no Fórum do Programa Saúde da Família, ocorrido no dia 10 de dezembro, alguns dados epidemiológicos comparativos correspondentes aos meses de janeiro a novembro dos anos 2003 e 2004.

Este primeiro momento de contato das equipes do PSF com o consolidado dos dados do SIAB resultou na necessidade de uma série de providências institucionais: a padronização da coleta, do processamento e no uso dos dados; a capacitação das equipes para trabalhar com os dados do SIAB; o aprimoramento e adequação dos indicadores a serem utilizados; o encaminhamento da consolidação dos dados para os distritos e unidades de saúde para comparação com os dados locais, entre outros.

Nesse sentido, foi criado um grupo operativo que terá por finalidade subsidiar as discussões nas oficinas locais de planejamento em saúde para o ano de 2005, composto pelos seguintes setores: PACS/PSF, Ciclos de Vida, DPI e SIAB.

Análise comparativa dos indicadores de saúde dos meses de janeiro a novembro de 2004 em relação ao mesmo período de 2003, nas unidades do programa saúde da família:

Para a análise comparativa do período 2003/2004 selecionou-se alguns indicadores que possibilitassem fazer a relação entre o processo de trabalho e os resultados, no que diz respeito à atenção à criança, à mulher e ao adulto, utilizando como referência alguns índices da região nordeste.

De acordo com o quadro 1, os indicadores de processo de trabalho de atenção à saúde da criança nas unidades do PACS/PSF, nos onze primeiros meses do ano de 2004, apresentaram resultados muito semelhantes aos mesmos meses do ano de 2003.

No entanto, a proporção de menores de um ano pesados, apesar de ter aumentado um pouco de um ano para outro (de 53,06% para 59,89%), se mantém muito abaixo da média do nordeste, que é de 97,4%. Estes dados requerem uma avaliação local que

permita a detecção dos motivos da baixa cobertura de pesagem em menores de um ano, e a conseqüente programação de ações que permitam a modificação deste quadro.

Este último dado pode ser relacionado com o aumento do percentual de óbitos em menores de um ano, descrito no quadro 3 - indicadores de resultados, onde se observa um aumento significativo deste percentual, de 3,91% em 2003 para 6,26% em 2004. Outras razões para o aumento dos óbitos em menores de um ano, e particularmente os óbitos por diarreia, que aumentou de 22,22% para 42,22 %, também deverão ser investigados no nível local.

Sobre os indicadores de processo de trabalho referentes à saúde da mulher (quadro 4) destaca-se a diminuição da cobertura de citologia oncótica (de 36,17% em 2003 para 16,93 % em 2004). Este baixo percentual pode estar relacionado a expansão do PSF a partir de julho deste último ano, onde a população é calculada para o ano e o número de mulheres que fizeram a citologia oncótica foi registrado apenas durante um período inferior a seis meses. Além disso, esse indicador tem que ser examinado com limites visto que inclui entre a população de mulheres em idade fértil aquelas que possuem plano de saúde.

Nos indicadores de resultados (quadro 5) observou-se uma diminuição na proporção de mulheres com citologia oncótica NIC III (de 0,28% em 2003 para 0,16% em 2004). Esse dado, apesar de positivo, se apresenta de forma incoerente com a diminuição da cobertura da citologia oncótica, descrito no quadro de processo de trabalho. Para análise destes dados é preciso, portanto, considerar as limitações deste último indicador, além de outros fatores relacionados a ocorrência de casos de câncer cérvico-uterino.

Com relação aos indicadores de processo de trabalho de atenção ao adulto (quadro 6) observou-se uma diminuição no percentual de hipertensos acompanhados (de 82,68% em 2003 para 77,61% em 2004) e um pequeno aumento na proporção de diabéticos acompanhados (de 85,11% em 2003 para 88,66% em 2004). Apesar da pouca variação anual, constatou-se que os percentuais de acompanhamento desses pacientes ainda se encontram em nível bastante inferior aos da região nordeste no ano de 2002 (93% de hipertensos acompanhados e 94,7% de diabéticos acompanhados). Esses dados apontam para a necessidade de um melhor acompanhamento do trabalho do ACS à nível local, no sentido de verificar o monitoramento e o registro dos portadores destes agravos, considerados prioritários em saúde pública.

Apesar da diminuição de hipertensos acompanhados (processo de trabalho), as taxa de AVC e de infarto por mil habitantes (resultado) também diminuíram, de acordo com o

quadro 7. Esse dado requer investigação apropriada, já que há incoerência entre o processo de trabalho e o resultado.

No que diz respeito ao número de hospitalizações por complicações do diabetes mellitus (quadro 7- resultados) houve compatibilidade nos dados apresentados: o aumento do acompanhamento dos diabéticos (processo de trabalho) pode ter refletido na diminuição do percentual de internação decorrente desta patologia (resultado), que foi de 7,77% em 2003 e de 6,88% em 2004.

Os dados relativos ao monitoramento de pessoas portadoras de tuberculose indicaram um aumento significativo no acompanhamentos deste pacientes (quadro 8). A proporção de pessoas acompanhadas com esta patologia aumentou de 34,59% em 2003 para 68,29% em 2004. Ainda assim, esse número ainda é bem inferior à média da região nordeste no ano de 2002, que é de 92,6%.

Quanto aos dados relacionados à hanseníase, constatou-se uma diminuição na proporção do acompanhamento de pacientes acometidos por esta patologia (quadro 8), que passou de 92,86 % em 2003 para 80 % em 2004. Esse indicador de processo de trabalho pode ter refletido no indicador de resultado (quadro 9), ou seja, no aumento da proporção de pessoas com hanseníase com grau de incapacidade II e III (0% em 2003 e 4,04% em 2004).

Esta breve análise dos indicadores e o consolidado dos dados do SIAB deverão ser encaminhados às unidades do PACS/PSF e distritos sanitários para que sejam verificadas as coerências e as incoerências encontradas entre os processos de trabalho e os resultados, bem como o desempenho favorável de alguns indicadores em detrimento de outros, sobretudo no que diz respeito ao acompanhamento de agravos prioritários nos adultos.

Espera-se com isso desencadear a utilização contínua e permanente dos dados do SIAB no monitoramento, avaliação e programação pelas equipes de nível local e distrital.

Quadro 1: Processo de trabalho

Indicadores de processo de trabalho	Jan. a Nov./2004	Jan. a Nov./2003	Região Nordeste -2002
Nascidos vivos	2.918	1.886	
Pesados ao nascer	2.869	1.861	
Proporção dos nasc. vivos pesados ao nascer	98,32 %	98,67 %	97,4%
Menores de 1 ano	3.311	2.371	
Menores de 1 ano pesados	1.983	1.258	
Proporção dos menores de 1 ano pesados	59,89%	53,06 %	97,4 % (pesados p/ acs)
Menores de 1 ano com vacina em dia	2.859	2.003	
Proporção dos menores de 1 ano com vacina em dia	86,35 %	84,48 %	87,4%

Fonte: SIAB–Natal / RN

Fonte: SIAB/ MS

Quadro 2: Resultados

Indicadores de resultados	Jan. a Nov./2004	Jan. a Nov./2003	Região Nordeste -2002
Nascidos vivos	2.918	1.886	
Nascidos vivos com baixo peso (menor que 2.500 g)	304	171	
Proporção de nasc. vivos com baixo peso ao nascer	10,60 %	9,19 %	> 10% é considerado alto pelos padrões internacionais *
Menores de 4 meses	1.128	751	
Menores de 4 meses com aleitamento exclusivo	852	558	
Proporção de menores de 4 meses com aleitamento exclusivo	75,53 %	74,30 %	61,7%
Menores de 4 meses com aleitamento misto	254	174	
Proporção de menores de 4 meses com aleitamento misto	22,52 %	23,17 %	

Fonte: SIAB–Natal / RN

Fonte: SIAB / MS

*Anexo III da Portaria N° 1.121 de 17/06/02 – MS

Quadro 3: Resultados

Indicadores de resultados	Jan. a Nov./2004	Jan. a Nov./2003
Nº absoluto de óbitos em menores de 1 ano	45	18
Percentual de óbitos em menores de 1 ano	6,26 %	3,91 %
Nº absoluto de óbitos em menores de 1 ano por diarreia	19	4
Proporção de óbitos em menores de 1 ano por diarreia	42,22 %	22,22 %
Nº absoluto de óbitos em menores de 1 ano por IRA	3	5
Proporção de óbitos em menores de 1 ano por IRA	6,67 %	27,78 %
Nº absoluto de óbitos em menores de 1 ano por outras causas	23	9
Proporção de óbitos em menores de 1 ano por outras causas	51,11 %	50 %

Fonte: SIAB–Natal / RN

II – INDICADORES DE ATENÇÃO À MULHER:**Quadro 4: Processo de trabalho**

Indicadores de processo de trabalho	Jan. a Nov./2004	Jan. a Nov./2003	Região Nordeste -2002
Mulheres de 15 -49 anos	52.138	21.316	
Mulheres que fizeram citologia oncológica	8.832	7.711	
Cobertura de citologia oncológica	16,93 %	36,17 %	
Nº de gestantes cadastradas	1.530	954	
Nº de gestantes acompanhadas	1.457	892	
Proporção de gestantes acompanhadas	95,23 %	93,50 %	
Nº de gestante com vacinas em dia	1.301	804	
Proporção de gestantes com vacina em dia	89,29 %	90,13 %	90,9 %

Fonte: SIAB–Natal / RN

Fonte: SIAB / MS

Quadro 5: Resultados

Indicadores de resultados	Jan. a Nov./2004	Jan. a Nov./2003
Mulheres que fizeram citologia oncótica	8.832	7.711
Nº de citologias oncóticas NIC III	15	22
Proporção de mulheres com citologia oncótica NIC III	0,16 %	0,28 %
Gestantes acompanhadas	1.457	892
Gestantes com Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)	17	10
Taxa de DHEG (forma grave) por 1000 hab.	11,67	11,21

Fonte: SIAB–Natal / RN

III – INDICADORES DE ATENÇÃO AO ADULTO:

1) Doenças crônico-degenerativas:

Quadro 6: Processo de trabalho

Indicadores de processo de trabalho	Jan. a Nov./2004	Jan. a Nov./2003	Região Nordeste -2002
Nº de hipertensos cadastrados	16.139	9.095	
Nº de hipertensos acompanhados	12.525	7.520	
Proporção de hipertensos acompanhados	77,61 %	82,68 %	93 %
Nº de diabéticos cadastrados	3.430	2.163	
Nº de diabéticos acompanhados	3.041	1.841	
Proporção de diabéticos acompanhados	88,66 %	85,11 %	94,7%

Fonte: SIAB–Natal / RN

Fonte: SIAB / MS

Quadro 7: Resultados

Indicadores de resultados	Jan. a Nov./2004	Jan. A Nov./2003
Nº de hipertensos cadastrados	16.139	9.095
Nº de casos de AVC	128	123
Taxa de AVC por 1000 hab.	7,93	13,52
Nº de casos de Infarto Agudo do Miocárdio	53	39
Taxa de Infartos por 1000 hab.	3,28	4,29
Nº de diabéticos cadastrados	3.730	2.163
Nº de hospitalizações por complicações do diabetes mellitus	236	168
Proporção de hospitalizações por complicações do diabetes mellitus em cadastrados	6,88 %	7,77 %

Fonte: SIAB–Natal / RN

2) Doenças infecciosas:

Quadro 8: Processo de trabalho

Indicadores de processo de trabalho	Jan. a Nov./2004	Jan. a Nov./2003	Região Nordeste -2002
Nº de tuberculosos cadastrados	123	133	
Nº de tuberculosos acompanhados	84	46	
Proporção de pessoas acompanhadas com tuberculose	68,29 %	34,59 %	92,6 %
Nº de pessoas com hanseníase cadastradas	25	14	
Nº de pessoas com hanseníase acompanhadas	20	13	
Proporção de pessoas acompanhadas com hanseníase	80 %	92,86 %	96,1 %

Fonte: SIAB–Natal / RN

Fonte: SIAB / MS

Quadro 9: Resultados

Indicadores de resultados	Jan. a Nov./2004	Jan. A Nov./2003
Nº de pessoas cadastradas com hanseníase	25	14
Nº de pessoas com hanseníase com grau de incapacidade II e III	1	0
Proporção de pessoas com hanseníase com grau de incapacidade II e III	4,04%	0%

Fonte: SIAB–Natal / RN

4.6 - REESTRUTURAÇÃO DOS LABORATÓRIOS NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA, DE PRONTO-ATENDIMENTO E NAS POLICLÍNICAS

A implantação do Laboratório Distrital Norte, Laboratório de Imunologia e Hormônios e a semi-automação dos seis laboratórios das unidades de pronto-atendimento, propiciaram um aumento da oferta de exames laboratoriais, tanto no que se refere ao quantitativo (uma expansão de cerca de 38.000 exames/mês), como a ampliação dos tipos de exames ofertados no município, reduzindo o tempo de espera dos pacientes e qualificando a atenção dos serviços ofertados.

4.7 – REESTRUTURAR O SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A implementação das ações de urgência e emergência no município de Natal deu grande salto com a estruturação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU/Natal), sendo considerado como modelo de implantação bem sucedida no Brasil. O SAMU possibilita a regulação das urgências e emergências no município de Natal,

minimizando o problema de superlotação nos hospitais de grande porte e possibilitando um atendimento mais rápido e resolutivo no próprio local do acidente ou do domicílio que solicita o serviço.

A municipalização da regulação médica do SAMU e sua habilitação ao SAMU/nacional e a Lei de criação deste serviço são importantes iniciativas da gestão municipal nesta área, pois possibilitou o rateio nos custos dos recursos entre os níveis federal, estadual e municipal, garantindo uma maior efetividade das ações e a publicização dos serviços ofertados.

Quanto às ações desenvolvidas pelo SAMU observa-se um incremento na ordem de 122,5% no número de atendimentos realizados. É importante ressaltar o crescimento destas atividades entre o período de janeiro a dezembro de 2004, que ficou em torno de 36%, demonstrando uma tendência ascendente na prestação desses serviços.



Uma outra ação importante desenvolvida neste ano diz respeito ao Programa de Remoção em Atendimentos Especiais (PRAE), que tem como objetivo a remoção de pacientes especiais que só podem ser transportados em decúbito dorsal.

Atualmente este serviço funciona através de uma central telefônica, com 03 veículos disponíveis para a população dos Distritos Sanitários.

4.8 - ESTRUTURAR A ÁREA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO

Houve acréscimo na distribuição dos medicamentos básicos e essenciais padronizados por esta Secretaria, de pelo menos 20% em relação ao exercício anterior.

Foi possível garantir o fornecimento de medicamentos polivitamínicos, vitaminas isoladas como as do complexo B e C e ácido fólico que vem a amenizar um dos maiores problemas orgânicos enfrentados por grande parte da população: a anemia.

Dentre tantos outros fatores preocupantes ainda podemos citar a necessidade da utilização de quimioterápicos, dos quais os antibacterianos, antiprotozoários e os antifúngicos são os mais solicitados para a população. A inclusão de dois novos medicamentos antibacterianos, a eritromicina comprimido e cloranfenicol colírio, na rede básica de saúde do município veio a somar na terapêutica de tratamento desenvolvida aos pacientes. Com relação aos antiparasitários foram adquiridos o metronidazol e tinidazol, ambos na forma farmacêutica comprimidos, sendo eficazes no tratamento da amebíase; e o antifúngico cetoconazol eficaz no tratamento das micoses sistêmicas ou profundas – atuam de forma geral no organismo – e micoses superficiais comuns.

Houve um acréscimo no fornecimento de três novos medicamentos: metildopa, verapamil e enalapril, o que vem a aumentar o arsenal terapêutico de princípios ativos destinados ao tratamento de hipertensão e, conseqüentemente, a variedade de tratamentos que podem ser disponibilizados aos pacientes que venham apresentando possíveis efeitos colaterais e reações adversas ocasionadas por medicamentos anteriormente por eles utilizados. Além dos benefícios diretos foi acrescentado o diclofenaco de potássio, um medicamento antiinflamatório, que indiretamente auxilia no tratamento de pacientes hipertensos, uma vez que estes não podem, em sua grande maioria, fazer uso de medicamentos que contenham o íon sódio, uma vez que a outra apresentação do diclofenaco seria no sal sódico – diclofenaco de sódio - que também foi disponibilizado para o tratamento da população em geral.

Pelo fato de muitos pacientes virem apresentando problemas respiratórios, foram fornecidos dois medicamentos eficazes ao tratamento: o ambroxol, facilitando a eliminação das secreções e contribuindo para uma tosse produtiva; e a dexclorfeniramina utilizada como antialérgico nestas condições respiratórias.

Foi implantado o Programa de Medicamento Individualizado “Saúde em suas Mãos” – PMI, com o objetivo de garantir uma assistência farmacêutica eficiente, voltada para uma distribuição eficaz e continuada dos medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde em quantidade suficiente para o tratamento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que se cadastram nas Unidades de Saúde e passam a receber mensalmente os medicamentos prescritos, em envelopes devidamente padronizados e personalizados pela secretaria municipal de saúde. A entrega é efetuada nas Unidades de

forma a garantir o retorno periódico do paciente e, conseqüentemente, uma nova avaliação clínica. O programa está cobrindo os pacientes cadastrados no Distrito Oeste, o que corresponde a 62,4% do total de cadastrados no Município. Em 2005 a distribuição será ampliada para os demais Distritos Sanitários, que já iniciaram o cadastramento, conforme quadro abaixo:

QUADRO 12: PACIENTES CADASTRADOS PARA O PMI, POR DISTRITO SANITÁRIO/ 2004

DISTRITOS SANITÁRIOS	Nº DE PACIENTES CADASTRADOS
NORTE	4.503
SUL	87
LESTE	694
OESTE	8.778
TOTAL	14.062

FONTE: DMP/SMS

4.9 – INICIATIVAS DE HUMANIZAÇÃO

Devido a constantes reclamações sobre a forma de atendimento aos usuários nas Unidades de Saúde, foi implantada a política de humanização na rede de serviços, com o objetivo de melhorar o acolhimento dos usuários e as inter-relações entre usuários e profissionais e entre os próprios profissionais, permitindo a criação de vínculos entre os atores envolvidos. Com isso espera-se garantir um melhor acesso aos serviços de saúde, além da qualificação da assistência prestada. Um serviço mais humanizado e melhor regulado será ao mesmo tempo muito mais gratificante para o profissional e muito mais dignificante para o usuário.

Foram organizados, por iniciativa das Unidades de Saúde, espaços de encontro com a comunidade para discussão dos problemas locais, construindo vínculo e co-responsabilização.

Outro destaque importante foi a participação da SMS no Seminário Nacional de Humanização, com a apresentação da Política Municipal HumanizaNatal e do Projeto de Supervisão e Apoio Institucional, propiciando um momento de trocas de experiências.

Foi dada continuidade às discussões nos Fóruns técnicos de áreas estratégicas: saúde da família, saúde bucal, supervisão/avaliação, saúde mental, alimentação e nutrição e diretores e administradores.

- **Projeto de Supervisão e Apoio Institucional**

Foi implantado o Projeto de Supervisão e Apoio Institucional, visando acompanhar e monitorar as ações desenvolvidas nas unidades de Saúde, buscando a co-responsabilização e o vínculo entre níveis centrais e locais, além de desenvolver mecanismos de escuta institucional que possam acolher o sofrimento do profissional de saúde no exercício do seu labor.

Este projeto está sendo desenvolvido através de uma ação integrada entre o nível central, distrital e local em consonância com a missão da instituição que estabelece como eixo a humanização da atenção à saúde. O acompanhamento tem sido realizado sistematicamente em 10 unidades de saúde da família: 5 no distrito norte; 3 no distrito oeste; 2 no distrito leste.

Os apoiadores institucionais supervisionam e apoiam as unidades a partir de uma dinâmica de reuniões mensais com as equipes, ofertando escuta e acolhimento no sentido de melhorar as relações de trabalho dessas equipes.

O trabalho dos apoiadores tem subsidiado o processo de discussão e elaboração da proposta de avaliação de eficiência a ser implementada nas unidades e a normatização dos serviços.

Em dezembro foi realizada a avaliação dos primeiros seis meses deste trabalho, com a participação dos próprios apoiadores, na qual se discutiu a inserção dos mesmos junto às equipes de saúde locais. Foi destacada a importância deste trabalho, bem como a necessidade de introduzir uma nova mentalidade do que seja a função dos apoiadores, desfazendo a idéia de serem meros repassadores de problemas para o nível central, bem como a ampliação deste trabalho para as outras unidades de saúde.

4.10 –AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As ações educativas permeiam as atividades desenvolvidas pelos profissionais nas diversas Unidades de Saúde, considerando que a educação em saúde no seu cotidiano, possibilita uma melhor qualidade de vida da população. O usuário passa a perceber a responsabilidade pelo seu próprio estado de saúde, passando a ser co-autor de sua recuperação e contribuir, através de suas experiências de vida, para um tratamento mais adequado. Dentre as ações desenvolvidas, podemos destacar:

- Realização da Semana da Amamentação, de 13 a 17 de setembro, com várias atrações culturais (peças teatrais e músicas sobre o tema), rodas de conversas nas escolas e salas de espera, oficina de “lembrancinhas” para as gestantes, mostra de

vídeos, distribuição de brindes entre as mães participantes e diversas palestras sobre a importância da amamentação e doação do leite excedente

- Em 16 e 17 de dezembro, foi realizado pelo Núcleo de Educação em Saúde, o II SEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, com o objetivo de sensibilizar os Agentes Comunitários de Saúde da importância da Educação Popular sistemática, no processo de promoção da saúde, na perspectiva da valorização da cultura local, da socialização, da arte e da promoção da saúde nas comunidades.



Foto: Mesa debatedora do II Seminário Municipal de Educação em Saúde

5 – AÇÕES DE DESENVOLVIMENTO DE RH

A Prefeitura do Natal, através da atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde, vem buscando resgatar uma dívida histórica para com os seus servidores, decorrente de um contínuo processo de desvalorização do serviço público nas suas diversas esferas.

Foi realizado o concurso público municipal, englobando diversas categorias e cumprindo uma antiga reivindicação dos servidores e da população em geral. Foram contratados 169 Profissionais de Nível Superior (sendo 89 Médicos) e 102 Profissionais de Nível Médio (sendo 95 Técnicos de Enfermagem)

O Plano de Carreiras, Cargos e Salários – PCCS – foi implementado em julho de 2004, com a progressão de um nível e, após três meses, mais um nível.

Resgatando as perdas em decorrência da Lei 020, de 1999, foi garantida a reposição de 25% dos valores da Gratificação por Local de Exercício – GPL – para todos os servidores do SUS municipal e a concessão da GPL para os servidores municipais e municipalizados que entraram na SMS após 1999.

A concessão de vale transporte foi ampliada, compatível com a necessidade de deslocamento da casa para o trabalho a todos os servidores da saúde do município.

Houve um reajuste antecipado do salário mínimo e concedido um terço de férias.

Foram realizados cursos de especialização, em parceria com a UFRN, com a formação de quarenta e um novos especialistas em saúde da família e gestão de sistemas de saúde. O Quadro abaixo demonstra os eventos de capacitação realizados neste ano:



Foto: Abertura do XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde

QUADRO 13 : EVENTOS REALIZADOS COM A PARTICIPAÇÃO DA SMS DE JANEIRO À DEZEMBRO DE 2004

EVENTO	TIPO	QUANTIDADE	NºPARTICIPANTES
Atualização	Ações Prevenção Hipertensão e Diabetes	02	144
Capacitações	Saúde Reprodutiva Cuidadores de Idosos Atenção usuários de álcool e outras drogas Diagnóstico de TB Diagnóstico Câncer Infantil Profissionais PSF	08	136
Conferências Municipais	Saúde Bucal Ciência , Tecnologia e Inovação em Saúde	02	160
Congressos	Secretários Municipais de Saúde e I Congresso de Saúde e Cultura de Pais e Não Violência Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e outras DST's Norte-Riograndense de Cardiologia Cirurgia Pediátrica Odontologia do RN Norte-Nordeste Zoonoses e Bem estar Animal	12	706
Cursos	Áreas de formação e Conhecimentos diversos	22	588
Fóruns	Nacional de Homeopatia Estadual de TB	05	51

	Saúde da Família Saúde Mental		
Mostra	Sociedade Viva Nacional do Saúde da Família Estadual do Saúde da Família	03	461
Oficinas	Áreas de formação e Conhecimentos diversos	115	357
Seminários	Trabalho em Saúde Nacional do HUMANIZA SUS Educação Popular	06	335
Simpósios	Infecções em Imunossuprimidos	01	01
Treinamentos	Áreas de formação e Conhecimentos diversos	09	286
Jornadas	Ginecologia e Obstetrícia do RN Atividade Física e Saúde	04	32
Teleconferência	Aleitamento Materno e Amamentação	01	40
Colóquio	Psicanálise e Clínica dos Distúrbios da Infância	01	16
TOTAL:		190	3.313

Fonte: SDP/SMS

6- AÇÕES DE APROFUNDAMENTO E QUALIFICAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL

A gestão participativa continua sendo uma das principais diretrizes da SMS de Natal. A partir de 2003 o Conselho Municipal de Saúde – CMS – funcionou regularmente, com discussão das políticas implementadas pela Secretaria. Foram realizadas 09 reuniões e elaboradas 14 resoluções no ano de 2004. Neste período destaca-se a aprovação da Lei nº 5582, de 09 de agosto de 2004 e publicada no dia 11.08.04, que dispõe sobre a nova composição do Conselho Municipal de Saúde - CMS, que agora passa a ser paritário e cujo presidente será eleito pelos seus membros. Os novos conselheiros tomaram posse em 12 de novembro de 2004, em uma cerimônia realizada no Salão Nobre da Prefeitura Municipal do Natal.



Foto: Posse dos Novos Conselheiros

Foi garantida a aplicação dos recursos destinados à estruturação do Conselho Municipal de Saúde no orçamento da SMS.

Houve incentivo à realização de eventos e encontros das Unidades de Saúde e Distritos Sanitários com as comunidades, como as oficinas de Planejamento local, que foram realizadas nas Unidades de Saúde.

Foi enviada ao Conselho Municipal de Saúde proposta de resgate dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde, com caráter deliberativo, desde junho, e ainda não foi discutida devido ao excesso de temas nas pautas das reuniões. Em 2005 a implantação e funcionamento dos Conselhos Gestores será uma das prioridades da gestão.

A Mesa Municipal de Negociação Permanente foi criada e instalada, com a participação dos sindicatos e gestores do SUS, criação esta fundamental para a gestão dos Recursos Humanos no SUS. Neste ano a referida Mesa realizou reuniões com a finalidade de discutir o orçamento 2005, a Lei do Plantão e o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS).

O Site da SMS foi implementado, com informações de morbi-mortalidade e documentos produzidos pela Secretaria.

Um evento a ser ressaltado neste período foi a realização, em agosto, do I Seminário para Elaboração da Proposta de Orçamento para a Saúde em 2005, que contou com a participação de mais de 80 pessoas, entre trabalhadores, gestores, representantes dos usuários, entidades sindicais e conselheiros de saúde. Neste Seminário se discutiu a melhor forma de utilizar os recursos previstos para o ano de 2005.



Foto: I Seminário para Elaboração da Proposta de Orçamento para a Saúde em 2005

7 - AÇÕES DE READEQUAÇÃO FÍSICA E TECNOLÓGICA DA REDE

Neste ano foram realizadas intervenções na área de engenharia, em 41 Unidades de Saúde, além da inauguração de 09 Unidades de Saúde da Família (Vista Verde, Parque dos Coqueiros, Parque das Dunas, Planície das Mangueiras, Igapó, África, Redinha, Passo da Pátria, Felipe Camarão III) e de 04 novos serviços à comunidade (os Laboratórios Distrital Norte e de Imunologia e Hormônios, o Raio X e a Odontologia no P.A. Sandra Celeste), bem como da transferência para melhores instalações de 03 serviços (CAPS Oeste, USF Nordelândia/Boa Esperança e CS Planalto) e da implantação de uma nova Unidade de Saúde (U.S. do Alto da Torre), conforme quadro a seguir:

QUADRO 14: Serviços de engenharia realizados nas Unidades de Saúde no ano de 2004

SERVIÇOS REALIZADOS	TOTAL
Reforma, Manutenção e Recuperação de Unidades de Saúde	68
Inauguração de Unidades de Saúde da Família	09
Novos Serviços Oferecidos	04
Mudança de endereço para melhores instalações/condições de trabalho	03
Implantação de Unidade	01
TOTAL	85

Fonte: DET/SMS



IV – EXECUÇÃO FINANCEIRA

Os dados apresentados neste relatório permitem analisar as receitas totais e as despesas com ações e serviços de saúde no âmbito municipal, operados através do Fundo Municipal de Saúde - FNS, transferidos pelas três esferas de governo.

QUADRO 15 – RECURSOS RECEBIDOS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE NO EXERCÍCIO DE 2004

FONTE	VALOR
MINISTÉRIO DA SAÚDE -Fonte126 + 183	101.198.000,00
TESOURO MUNICIPAL - OGM - Fonte 111	53.635.000,00
RECURSOS - Fonte 129	192.000,00
CONVÊNIO - Fonte 181	1.380.000,00
TOTAL	156.405.000,00

FONTE: DAF/SMS (dados sujeitos a revisão)

A receita da Secretaria Municipal de saúde prevista para o exercício de 2004 foi de R\$ 188.587.000,00 (cento e oitenta e oito milhões quinhentos e oitenta e sete mil reais), e a efetivamente realizada na ordem de R\$ 156.405.000,00 (cento e cinquenta e seis milhões, quatrocentos e cinco mil reais), sendo R\$ 101.198.000,00 (cento e um milhões, cento e noventa e oito mil reais) de transferências do Fundo Nacional de Saúde, R\$ 53.635.000,00 (cinquenta e três milhões, seiscentos e trinta e cinco mil reais) do tesouro Municipal, R\$ 192.000,00 (cento e noventa e dois mil reais) de taxa de fiscalização e R\$ 1.380.000,00 (um milhão trezentos e oitenta mil reais) recursos de convênios.

As despesas do Fundo Municipal de Saúde devem incluir gastos com saúde, financiamento de Programas de Saúde, salários, gratificações e encargos, serviços, pagamento de contratos e convênios, obras, equipamentos e instrumentais, material de consumo, desenvolvimento de recursos humanos e amortização de dívidas.

QUADRO 16 - DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS DA SMS NO EXERCÍCIO 2004

DESPESA POR GRUPO	VALOR	%
PESSOAL	59.386.478,57	38,60%
CORRENTES	77.742.093,25	50,53%
CAPITAL	1.198.283,71	0,78%
<i>SUBTOTAL</i>	<i>138.326.855,53</i>	<i>89,91%</i>
DESP. EXERC. ANTERIOR*	8.090.858,39	5,26%
RESTOS A PAGAR	7.435.713,46	4,83%
TOTAL	153.853.427,38	100,00%

FONTE: Departamento de Adm. Finanças - DAF - Dezembro/2004

Dados Sujeitos à revisão

* Despesas empenhadas em 2004, referentes à Campanhas/ações estratégicas e faturamento do SIA/SIH do mês de dezembro/2003.

QUADRO 17 - DEMONSTRATIVO DO RESUMO DAS RECEITAS E DESPESAS-2004.

FONTE	VALOR
RECEITAS	156.405.000,00
DESPESAS	153.853.427,38
SALDO	2.551.572,62

FONTE: DAF/SMS (dados sujeitos a revisão)

O saldo remanescente do ano de 2004, representou R\$ 2.551.572,62 (dois milhões quinhentos e cinquenta e um mil e quinhentos e setenta e dois reais e sessenta e dois centavos), sendo utilizado para pagamento das despesas empenhadas e não pagas, ficando inscritas em restos a pagar.

V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste período, percebeu-se um avanço significativo no desenvolvimento das ações, causando impacto na saúde da população e melhorando a qualidade da atenção, conforme pode-se destacar nos seguintes dados:

- Redução do coeficiente de mortalidade materna em 52,37 % (passou de 85,14 por 100 mil nascidos vivos em 2003 para 40,55 em 2004);
- Todas as Unidades de Saúde estão inseridas no programa de natalidade planejada, com a cobertura de 70% das mulheres em idade fértil, atendendo às recomendações do Ministério da Saúde;
- Garantia do acesso aos medicamentos básicos do pré-natal;
- Garantia de aplicação de Vitamina “A” às puérperas;
- Acompanhamento do recém-nato de risco no 1º ano de vida;
- Ampliação em 189% no número de unidades realizadoras do Teste do Pezinho em relação ao ano de 2002 (de 9 Unidades de Saúde para 26 unidades, em 2004);
- Redução de 92,9% no número de casos de Dengue em relação ao ano de 2003;
- Não ocorreu nenhum óbito decorrente da Febre Hemorrágica do Dengue (FHD);
- Houve um aumento de cerca de 31,05% no número de anti-ratizações e de cerca de 65,89% nas desratizações;
- Redução de 8,8% em relação a 2003, no abandono de tratamento do programa de controle da tuberculose;
- Redução de 69% de pacientes de Hanseníase acometidos com grau de incapacidade I e II, tendo um diagnóstico mais precoce em relação a 2003;
- Foi ampliado o diagnóstico do HIV em 230%;
- Aumento de 11% na distribuição de preservativos pelo programa Municipal de DST/AIDS;
- Aumento de mais de 87% na notificação e monitoramento das doenças diarréicas agudas, em decorrência do aumento de 194,7% de Unidades notificadoras, em relação ao mesmo período de 2003;
- Realizada inspeção em todas as drogarias, ervanarias e postos de medicamentos cadastrados, em 100% das empresas de esterilização e reprocessamento de artigo médicos e dos serviços de quimioterapia (2 inspeções em cada por ano);
- Todas as Unidades hospitalares e serviços de medicina nuclear e os de terapia renal substitutiva e de medicina transfusional (estes com 2 inspeções ao ano, cada serviço) instaladas em Natal foram inspecionadas;

- As inspeções em comércio de alimentos chegam a 205,5% da meta pactuada;
- Aumento de 63,325 na oferta de procedimentos na atenção especializada;
- Incremento de 64,5% no número de leitos de UTI;
- Implantação da Central Metropolitana de Regulação;
- Implantação do Núcleo de Vigilância Ambiental em saúde, sendo uma das três primeiras capitais do Nordeste;
- Ampliação em 115,15% no número de equipes de saúde bucal;
- Habilitação no Programa “De Volta pra Casa”, do Ministério da Saúde;
- Habilitação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- Aumento de 36,49% no número de equipes do Programa Saúde da Família. Atualmente, cerca de 348.464 pessoas são atendidas pela Estratégia;
- Implantação dos Laboratórios Distrital Leste e de Imunologia e Hormônios e a Semi-automatização de 6 Laboratórios nas Unidades de Pronto-atendimento;
- Habilitação do SAMU municipal ao SAMU nacional;
- Incremento da ordem de 122,5% no número de atendimentos realizados pelo SAMU;
- Implantação do Programa de Remoção e Atendimentos Especiais – PRAE, para remover pacientes que só podem ser transplantados em decúbito dorsal;
- Implantação do Programa de Medicamento Individualizado “Saúde em Suas Mãos”;
- Acréscimo de pelo menos 20% na distribuição dos medicamentos básicos e essenciais padronizados;
- Implantação da política de humanização na rede de serviços;
- Implantação do Projeto de Supervisão e Apoio Institucional, iniciado em 10 unidades do Programa Saúde da Família;
- Realização de Concurso Público, com a contratação de 169 profissionais de nível superior (sendo 89 médicos) e 102 profissionais de nível médio (sendo 95 Técnicos de Enfermagem);
- Reposição de 25% dos valores da Gratificação por Local de Exercício –GPL, resgatando as perdas em decorrência da Lei 020;
- Reajuste antecipado do salário mínimo e concessão de um terço de férias para os Agentes Comunitários de Saúde;
- Realização de 120 eventos de capacitação, com 3.313 participantes;
- Aprovação da Lei com a composição paritária do Conselho Municipal de Saúde;

- Criação e instalação da Mesa Municipal de Negociação Permanente – MMNP, com a participação dos sindicatos e gestores do SUS;
- Realização do I Seminário para Elaboração da Proposta de Orçamento para a Saúde em 2005;
- Inauguração de 9 Unidades do Programa Saúde da Família;
- Instalação de 4 novos serviços à comunidade (Laboratório Distrital Norte, Imunologia e Hormônio, raio X e Odontologia);
- Transferência para melhores instalações de 3 serviços (CAPS Oeste, USF Nordelânia – Boa Esperança e C.S. Planalto);
- Implantação de nova Unidade de Saúde no Alto da Torre;
- Reforma, manutenção e recuperação de 68 unidades de saúde.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE