



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018

APROVADO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE AREIA BRANCA-RN EM 18/04/2018

RESOLUÇÃO Nº 01/ 2018

**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE AREIA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

PREFEITA MUNICIPAL

Iraneide Rebouças

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Alexandre Inácio da Silva

COORDENADOR DA ATENÇÃO BÁSICA

Maria Ester de Oliveira Rebouças

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Júlio César R. Lopes

COLABORADORES:

Coordenação da Atenção Básica de Saúde;
Coordenação da Vigilância em Saúde;
Coordenação de Saúde Bucal;
Conselho Municipal de Saúde;
Direção do Hospital Maternidade Sara Kubistchek;
Equipe NASF;
Equipe Técnica.

SUMÁRIO

1. Introdução
2. Apresentação
3. Análise Situacional
 - 3.1 Características Gerais do Município
 - 3.2 Aspectos sócio-econômicos
 - 3.3 Situação Demográfica
 - 3.4 Estrutura Etária
 - 3.5 Índice de Desenvolvimento Humano
 - 3.6 Aspectos Educacionais
 - 3.7 Estrutura Sanitária
 - 3.8 Situação de Saúde
 - 3.9 Situação de Saúde-Perfil Epidemiológico
 - 3.9.1 Saúde materna e infantil
 - 3.9.2 Perfil dos Nascidos Vivos
4. Análise Situacional da Organização
 - 4.1 Organização das Redes de Assistência
 - 4.2 Atenção Primária à Saúde
 - 4.3 Atenção Especializada
 - 4.3.1 Saúde Mental
 - 4.4 Vigilância em Saúde
 - 4.4.1 Vigilância Epidemiológica
 - 4.4.2 Vigilância Ambiental
 - 4.4.3 Vigilância Sanitária
5. Redes Temáticas de Atenção à Saúde
 - 5.1 Assistência Farmacêutica
6. Gestão do Sistema Municipal de Saúde
 - 6.1 Gestão em Saúde
 - 6.1.1 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
 - 6.1.2 Planejamento
 - 6.1.3 Regulação e Controle do Sistema de Saúde
 - 6.2 Financiamento do Sistema Município de Saúde
 - 6.3 Articulação Interfederativa
7. Monitoramento e Avaliação(M&A)
8. Considerações Finais
9. Anexo I

Dados de identificação do município

Município: Areia Branca

Estado: Rio Grande do Norte

Código: 2401107

Macrorregião de saúde: II Região de Saúde-Mossoró

Condição de gestão: Plena dos Sistemas

Endereço: Rua João Félix, 125-Centro

CNPJ: 11.397.301/0001-17

Siglas e abreviações

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

PPI – Programação Pactuada e Integrada
RAG – Relatório Anual de Gestão
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SESAP – Secretaria de Estado da Saúde Pública
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SISAB – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica
e-SUS AB- registro de informações das ações realizadas na Atenção Básica (AB)
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISREG – Sistema nacional de Regulação
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TAC – Termo de Ajuste de Conduta
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICAT – Unidade de Controle de Agentes Terapêuticos
USF – Unidade de Saúde da Família

1. INTRODUÇÃO

A elaboração do Plano Municipal de Saúde de Areia Branca – PMS-Areia Branca com referência ao quadriênio 2018-2021 é uma contingência legal, expressa particularmente, nos seguintes documentos normativos, dentre outros:

- Artigos 15 e 36 da Lei nº 8.080, de 19/09/1990;
- Artigo 4º da Lei 8.142, de 28/12/1990;
- Artigos 2º, da Portaria nº 3.332, de 28/12/2006;
- Artigos 3º e 5º do Decreto nº 1.651, de 18/09/1995;
- Norma Operacional Básica-SUS 01/1993;
- Norma Operacional Básica-SUS 01/1996;
- Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS-SUS 01/2001, estabelecida pela Portaria nº 95, de 26/01/2001, regulamentada pela Instrução Normativa nº 1, de 06/04/2001;
- Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012;
- Lei Orgânica do Município de Areia Branca-RN;
- Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Entretanto, antes de responder a essa legislação específica, o PMS-Areia Branca deve corresponder à lei constitucional maior que, no seu Artigo 196, garantiu o direito à saúde aos cidadãos e cidadãs brasileiros, definindo-a como dever do Estado.

Dessa forma, garantir a saúde de cidadãos e cidadãs, de maneira organizada, planejada no tempo e no espaço, com metas e objetivos a serem alcançados e avaliados, na formulação de um Plano de Saúde (nacional, estadual ou municipal) é também, portanto, uma confirmação do direito à saúde.

O processo de construção do PMS-Areia Branca deu-se com apoio das áreas programáticas do SUS local e do Controle Social, contemplando as necessidades de saúde da população explicitadas por meio de objetivos, diretrizes e metas. A conformação deste instrumento contempla duas partes. A primeira parte reflete a análise da situação de saúde do município contemplando as condições de saúde da população, o acesso às ações e serviços de saúde e mecanismos de gestão estratégicos para ampliação do acesso, da qualidade e da resolutividade do sistema. A segunda, as diretrizes e metas que irão balisar a intenção da gestão na execução das ações e serviços de saúde para atender as demandas de saúde da população local.

1.APRESENTAÇÃO

O presente documento trata do Plano Municipal de Saúde (PMS) da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2018 – 2021. Para a elaboração do plano adotou-se a metodologia participativa, a partir do desenvolvimento de um processo de discussão abrangente sobre as características e deficiências dos serviços da rede municipal, o perfil epidemiológico e as demandas dos usuários. Procurou-se, desse modo, dotar o processo de construção deste instrumento de transparência e coerência com a realidade de saúde da população, norteado pela lógica do planejamento integrado, com o fim de viabilizar as diretrizes do controle social e possibilitar a transversalidade das ações de atenção à saúde.

O PMS representa o instrumento balizador para a realização das programações da Secretaria Municipal de Saúde, tendo sido as suas premissas ajustadas à proposta orçamentária, exprimindo as orientações necessárias para a elaboração dos instrumentos de planejamento da Administração Pública, a fim de compatibilizar as precisões da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros e, ainda, de possibilitar a execução das matrizes programáticas, propiciando uma boa aproximação entre a estrutura física e estrutura orçamentária.

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

3. ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

O Município de Areia Branca situa-se na microrregião oeste do estado do Rio Grande do Norte, abrangendo uma área de 633 km². Distante da capital cerca de 330 km, sendo seu acesso, efetuado através da rodovia BR-110. Limita-se ao norte com o Oceano Atlântico; a leste com os municípios de Porto do Mangue e Serra do Mel; ao sul com Mossoró; e a oeste com Grossos. Está a 2 metros acima do nível do mar.

Criado pela Lei nº de 24/10/1927, desmembrado de Mossoró. Em Areia Branca o clima prevalecente é conhecido com um clima de estepe local. Existe pouca pluviosidade ao longo do ano. De acordo com a Köppen e

Geiger o clima é classificado como BSh. A temperatura média anual em Areia Branca é 27.3°C. 672 mm é a pluviosidade média anual.

DADOS CLIMATOLÓGICOS PARA AREIA BRANCA

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Temperatura média (°C)	28.1	27.9	27.4	27.5	26.9	26.3	26.2	26.5	27.1	27.7	28	27.9
Temperatura mínima (°C)	23.5	23.5	23.3	23.2	22.6	21.8	21.3	21.3	22	22.6	23.1	23.1
Temperatura máxima (°C)	32.7	32.3	31.6	31.8	31.2	30.8	31.2	31.8	32.3	32.8	32.9	32.8
Temperatura média (°F)	82.6	82.2	81.3	81.5	80.4	79.3	79.2	79.7	80.8	81.9	82.4	82.2
Temperatura mínima (°F)	74.3	74.3	73.9	73.8	72.7	71.2	70.3	70.3	71.6	72.7	73.6	73.6
Temperatura máxima (°F)	90.9	90.1	88.9	89.2	88.2	87.4	88.2	89.2	90.1	91.0	91.2	91.0
Chuva (mm)	45	96	172	188	96	38	18	3	4	1	2	9

187 mm é a diferença de precipitação entre o mês mais seco e o mês mais chuvoso. As temperaturas médias, durante o ano, variam 1.9 °C.

3.2 ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS

De acordo com o IBGE em 2016, o salário médio mensal era de 2.1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 16.7%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 12 de 167 e 18 de 167, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1368 de 5570 e 1.713 de 5.570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 45% da população nessas condições, o que o colocava na posição 137 de 167 dentre as cidades do estado e na posição 2.145 de 5.570 dentre as cidades do Brasil.

- Pessoal ocupado= 4.543 pessoas
- População ocupada= 16.7 %
- Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo= 45 %
- PIB per capita= 24205.18 R\$
- Total de receitas realizadas= 81.110 R\$ (×1000)

3.3 SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA

Estimativas do IBGE apontam para 2017 uma população de 27.162 habitantes em Areia Branca. Segundo o Censo de 2010, 87% da população do município é urbana. Quanto ao sexo o censo mostra que a população masculina (50,16%) é superior a feminina. Areia Branca em 2010 possuía a densidade demográfica de 70,79 hab./Km².

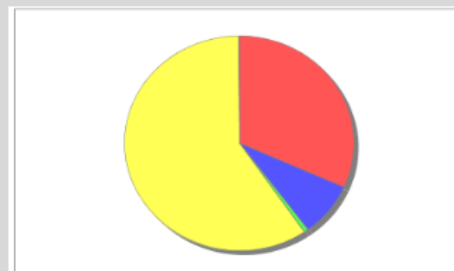
3.4 ESTRUTURA ETÁRIA

A distribuição da população do município por faixa etária e sexo, constitui importante informação para subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e de ações na atenção aos ciclos de vida. A pirâmide representada no gráfico abaixo, demonstram que o município de Areia Branca tem se modificado a cada década, no que diz respeito a estrutura etária. A análise dos aspectos demográficos do município de Areia Branca/RN, está consonante com o detalhamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ano base 2012, conforme expresso no SARGSUS. A estrutura etária mostra a composição proporcional da população por sexo e faixa etária. Este dado é importante para o gestor organizar os serviços de saúde de acordo com a clientela a ser atendida, por exemplo, serviços de imunização, serviços de atenção ao idoso, serviços de planejamento familiar e prevenção de morte materna, atenção ao adolescente e outros. Segundo o último censo do IBGE (ano 2012), o município apresentou uma população de 25.736 Habitantes. No tocante à variável raça, o município apresenta uma população maior de indivíduos de cor brancos 8.020 (36,89%), seguida de indivíduos pardos (54,97%) e em terceiro vem os indivíduos da cor preta com 2.055 (7,50%), os amarelos com 165 (0,60%) e por último os indígenas com 12 (0,04%). A faixa etária com maior prevalência é de 20 a 29 anos de idade, com 4.568 pessoas.

Obs.: O detalhamento apresentado abaixo tem como fonte o IBGE

População (ano 2012)	Qte	%
Total	25.736	100,00%

População do último Censo(ano 2010)	Qte	%
Branca	8.020	36,89%
Preta	2.055	7,50%
Amarela	165	0,60%
Parda	15.063	54,97%
Indígena	12	0,04%
Sem declaração	0	0,00%

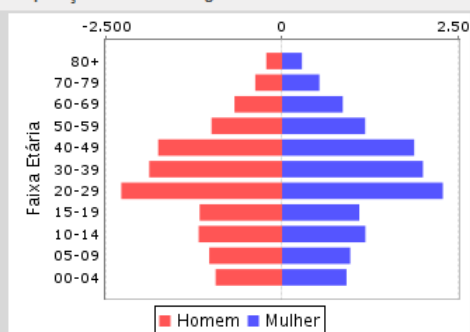


● Branca ● Preta ● Amarela ● Parda ● Indígena
● Sem declaração

População estimada de 2012 - Sexo e faixa etária

Faixa Etária	Homem	Mulher	Total
00-04	944	916	1.860
05-09	1.035	969	2.004
10-14	1.185	1.184	2.369
15-19	1.171	1.097	2.268
20-29	2.284	2.284	4.568
30-39	1.887	2.002	3.889
40-49	1.760	1.877	3.637
50-59	1.002	1.181	2.183
60-69	676	863	1.539
70-79	381	531	912
80+	224	283	507
Total	12.549	13.187	25.736

População - Perfil demográfico



■ Homem ■ Mulher

3.5 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

O Índice de Desenvolvimento Humano permite medir o desenvolvimento de uma população além da dimensão econômica. É calculado com base na: renda familiar per capita (soma dos rendimentos, dividida pelo número de habitantes); na expectativa de vida dos moradores (esperança de vida ao nascer) e na taxa de alfabetização de maiores de 15 anos (número médio de anos de estudos da população local).

De acordo com o IBGE Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de **Areia Branca** é 0,682 em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Ocupa a 7º posição entre os municípios do Rio Grande do Norte. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,790, seguida de Renda, com índice de 0,647, e de Educação, com índice de 0,621 (ADH, 2013).

3.6 ASPECTOS EDUCACIONAIS

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4.4 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 55 de 167. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 126 de 167. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 99.3 em 2010. Isso posicionava o município na posição 9 de 167 dentre as cidades do estado e na posição 346 de 5.570 dentre as cidades do Brasil.

- Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade= 99.3 %
- IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental= 4.4
- IDEB – Anos finais do ensino fundamental= 3

3.7 ESTRUTURA SANITÁRIA

Apresenta 29.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 81% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 5.1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 61 de 167, 71 de 167 e 44 de 167, respectivamente. Já quando

comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 3145 de 5570, 2330 de 5570 e 3.465 de 5.570, respectivamente.

- Esgotamento sanitário adequado=29.4 %.
- Arborização de vias públicas=81 %.
- Urbanização de vias públicas= 5.1 %.

3.8 SITUAÇÃO DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde do município de Areia Branca foi criada em 1989 no Modelo de Gestão Plena da Atenção Básica, administrando seu funcionamento e fazendo a contratação e pagamentos dos prestadores de serviço, bem como o seu controle e avaliação. O gerenciamento dos serviços de saúde está baseado no que preconiza os princípios do SUS – descentralização, integralidade, intersetorialidade, resolutividade, equidade, controle social, universalidade e hierarquização nos serviços prestados.

O município de Areia Branca hoje gerencia 09 equipes da Estratégia Saúde da Família, 01 Centro de Saúde de Especialidades, 01 Hospital Maternidade, 01 Centro de Reabilitação(CER), 01 Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS), 01 Farmácia Básica e 01 Laboratório de Análises Clínicas municipal, todos em funcionamento.

Diante do controle social temos o Conselho Municipal de Saúde que foi criado e estruturado por lei sendo composto por profissionais da saúde, comunidade, governo e prestadores de serviços. Tendo como atribuição definir serviços de saúde, acompanhar, aprovar, fiscalizar, controlar e estabelecer estratégias que tragam benefícios a toda comunidade em saúde, seja ela preventiva, curativa e de reabilitação do indivíduo/família.

Doenças de notificação

De conformidade com o SINAN/II URSAP/RN, o município, no período de 2012 a 2017, registrou 952 notificações de 15 doenças e ou agravos referentes à Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória. Dentre as principais doenças

e ou agravos notificados no município destacaram-se Violência interpessoal/autoprovocada (27,31%), seguida dos Acidentes animais peçonhentos (25,73%), atendimento anti-rábico (25,73%), a dengue (19,11%), varicela (6,72%) e a Febre Chikungunya (5,14%). No período analisado, foi notificado 01 caso de sífilis em gestantes no município. A notificação da sífilis em gestante é imprescindível para o monitoramento desta transmissão vertical. O diagnóstico e tratamento adequado durante a gestação são pontos fundamentais para a prevenção da sífilis congênita.

Casos notificados de agravos de notificação compulsória do município de Areia Branca/RN, de 2012 a 2017.

AGRAVOS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Atendimento anti-rabico	04	34	34	21	19	13	125
Varicela	03	31	02	13	00	14	64
Acidentes animais peçonhentos	02	31	35	38	76	63	245
Hepatite viral	01	01	00	01	00	01	04
Dengue	58	03	0	07	102	12	182
Sífilis em gestantes	00	00	00	00	00	01	01
Sífilis não especificada	01	00	02	03	00	01	07
Coqueluche	00	01	00	00	00	09	10
Leishmaniose visceral	00	00	00	00	00	00	00
Doença de chagas	00	00	00	00	00	00	00
Malaria	00	01	02	00	01	00	04
Gestante HIV	00	00	00	00	01	00	01
Violência interpessoal/autoprovocada	00	70	82	24	49	35	260
Febre Chikungunya	00	00	02	06	08	29	49
TOTAL	69	172	159	113	256	178	952

Doenças reemergentes

Com relação às Doenças reemergentes, no período de 2012 a 2017, o município notificou 69 casos de tuberculose, porém apresentou registro de 16 casos novos de hanseníase no período analisado.

Casos confirmados de tuberculose do município de Areia Branca/RN, de 2012 a 2017.

AGRAVOS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Tuberculose	17	12	14	08	09	09	69
Hanseníase	03	03	04	00	04	02	16

Morbidade hospitalar

A rede Hospitalar do SUS no município conta com 01 unidade hospitalar própria. Essa unidade hospitalar possui um total de 34 leitos de internação. Sendo 18 leitos para clínica médica adulta masculina e feminina, 04 leitos para clínica pediátrica, 04 leitos para clínica cirúrgica e 08 para clínica obstétrica.

Leitos hospitalares existentes no município de Areia Branca, segundo especialidade. 2018.

Especialidades	Leitos Existentes	Leitos SUS
Cirúrgicos	04	04
Clínicos	18	18
Obstétricos	08	08
Pediátricos	04	04
Total	34	34

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

Analisando-se as informações referentes à Morbidade Hospitalar, no período de 2011 a 2017, verifica-se que a primeira causa de internação corresponde ao grupo de causas ligadas a gravidez, parto e puerpério (27,96%), de causas ligadas a algumas doenças infecciosas e parasitárias, com (10,77%).) Na sequência, aparece o grupo das doenças do aparelho respiratório (10,14%) logo após o de e as doenças do aparelho circulatório (8,46%).

Série histórica do número de internações ocorridas, período 2011 a 2017

Capítulo CID-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	07	415	77	56	74	41	105	775
II. Neoplasias (tumores)	04	96	106	85	77	97	140	605
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	07	09	12	08	04	11	51
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	31	30	37	33	18	27	176
V. Transtornos mentais e comportamentais	08	66	54	46	30	20	25	249
VI. Doenças do sistema	01	05	08	07	17	10	09	57
VII. Doenças do olho e	-	01	01	-	-	02	01	05

VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	01	-	02	-	03
IX. Doenças do aparelho circulatório	04	107	112	112	89	70	115	609
X. Doenças do aparelho respiratório	05	238	117	102	94	59	115	730
XI. Doenças do aparelho	01	141	113	87	64	49	80	535
XII. Doenças da pele e do tecido	01	29	34	39	29	15	37	184
XIII. Doenças sist osteomuscular e	-	08	14	17	10	16	13	78
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	60	42	51	50	17	57	277
XV. Gravidez parto e	03	336	210	338	393	350	382	2.012
XVI. Algumas afec originadas no	01	23	16	29	37	46	35	187
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	08	08	03	04	06	01	30
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex	01	110	12	05	15	06	04	153
XIX. Lesões enven e alg out conseq	05	68	74	77	64	75	92	455
XXI. Contatos com serviços de	-	04	02	06	02	05	05	24
Total	41	1.753	1.039	1.110	1.090	908	1.254	7.195

3.9 SITUAÇÃO DE SAÚDE – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE AREIA BRANCA

3.9.1 SAÚDE MATERNA E INFANTIL

A saúde materna e infantil é alvo de ações específicas da Secretaria Municipal de Saúde através de vários programas desenvolvidos nos últimos anos. Desenvolveu-se protocolos de atendimentos, com o objetivo de envolver e qualificar todos os profissionais de saúde da rede municipal na assistência à mulher e à criança.

Na **área da atenção à mulher**, o planejamento familiar tem permitido o acesso da população à informação e assistência com a oferta dos diversos métodos de anticoncepção em todas as unidades básicas da cidade. Entretanto ainda observamos que na área das adolescentes é necessário realizar trabalhos mais efetivos de educação em saúde e orientação sexual, junto com as escolas municipais. Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) mostram o percentual de gravidez na adolescência:

Nascidos vivos residentes por ano de nascimento segundo idade da mãe do município de Areia Branca/RN, 2012 a 2016.

Idade da mãe	2012	2013	2014	2015	2016	Total
10 a 14 anos	5	7	3	2	5	22
15 a 19 anos	89	73	97	92	74	425
20 a 24 anos	92	89	78	117	82	458
25 a 29 anos	85	99	93	93	76	446
30 a 34 anos	61	59	53	73	52	298
35 a 39 anos	27	17	27	34	30	135
40 a 44 anos	7	7	4	3	6	27
45 a 49 anos	-	-	-	-	-	-
Total	366	351	355	414	325	1.811

Fonte: MS/SVS/DASIS

O município, no período analisado, alcançou um percentual médio de 24,68% de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos).

A maioria dos nascidos vivos nasceu de mães na faixa etária de 20 a 29 anos. Ressalta-se que a proporção de mães adolescentes diminuiu no período de 2013 e 2016, porém observa-se que voltou a aumentar o número, isto nos traduz a necessidade de trabalhos educativos nas escolas com crianças e adolescente sobre assuntos como sexualidade, gravidez na adolescência dentre outras problemáticas, como dito anteriormente e demonstrado na tabela abaixo.

Nascidos vivos residentes por ano de nascimento segundo número de consultas de prenatal da mãe, do município de Areia Branca/RN, 2012 a 2016.

Consulta pré-natal	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nenhuma	9	11	9	21	7	57
De 1 a 3 consultas	29	34	29	42	28	162
De 4 a 6 consultas	150	113	148	141	113	665
7 ou mais consultas	177	192	169	210	177	925
Ignorado	1	1	-	-	-	2
Total	366	351	355	414	325	1.811

Fonte: MS/SVS/DASIS

Com relação ao acompanhamento pré-natal satisfatório, ou seja, com 7 ou mais consultas durante o período da gestação, o município alcançou no período analisado 51,07% de mães com 7 ou mais consultas no pré-natal.

3.9.2 PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS

O nascimento de prematuros é um dos grandes problemas de saúde pública, contribuindo com elevados números para a morbi-mortalidade infantil e para a invalidez principalmente em países em desenvolvimento, com custos elevadíssimos. Sua etiologia não está totalmente esclarecida, mas vários fatores estão associados ao parto prematuro, quais sejam: demográficos (mães muito jovens ou idosas); socioeconômicos (baixa renda, baixa escolaridade); comportamentais (tabagismo e etilismo); biomédicos (hipertensão arterial ou doenças cardíacas da mãe, infecções durante a gestação, placenta prévia, toxemia gravídica, entre outros) e atenção médica (cesáreas eletivas). Daí a importância do acesso e da qualidade da atenção.

Nascidos vivos residentes por ano de ocorrência segundo duração da gestação da mãe do município de Areia Branca/RN, de 2012 a 2016.

Duração da gestação	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Menos de 22 semanas	-	-	-	-	1	1
22 a 27 semanas	3	2	2	3	2	12
28 a 31 semanas	8	5	7	10	6	36
32 a 36 semanas	49	30	42	47	49	217
37 a 41 semanas	277	279	270	318	246	1.390
42 ou mais semanas	11	13	18	20	8	70
Ignorado	18	22	16	16	13	85
Total	366	351	355	414	325	1.811

Fonte: MS/SVS/SINASC

O Percentual de recém-nascido prematuro no município, de 2012 a 2016, foi de 14,68%. A principal causa do baixo peso ao nascer é a prematuridade.

Nascidos vivos residentes por ano de ocorrência segundo peso ao nascer do município de Areia Branca/RN, de 2012 a 2016.

Peso ao nascer	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Menos de 500g	3	1	1	1	-	6
500 a 999g	-	1	3	4	4	12
1000 a 1499g	1	4	6	6	-	17
1500 a 2499g	36	21	24	27	25	133

2500 a 2999g	79	82	76	90	78	405
3000 a 3999g	231	225	231	265	209	1.161
4000 e mais	16	17	14	21	9	77
Total	366	351	355	414	325	1.811

Fonte: MS/SVS/DASIS

O percentual de baixo peso ao nascer, no município, para o período analisado, alcançou uma cobertura média de 9,27%. A prematuridade e o baixo peso ao nascer são condições de risco para o recém nascido e podem estar associados à idade materna, tendendo a ser mais frequente nos nascidos vivos de mães adolescentes e idosas.

Em 2012 nasceram vivas 366 crianças, todas elas de mães residentes no município. Praticamente (68,03%) dos nascidos vivos foi de partos cirúrgicos em 2012. Essa é uma prática que tem crescido muito nos últimos anos e é comprovada, quando se observa que no período de 2012 a 2016 a proporção de partos cirúrgicos que no início era de 68,03%, aumentou para 72,92% no final do período.

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

Nascidos vivos segundo o tipo de parto e ano de ocorrência do município de Areia Branca/RN, no período de 2012 a 2016

Tipo de parto	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Vaginal	117	126	111	122	87	563
Cesário	249	223	244	290	237	1.243
Ignorado	-	2	-	2	1	5
Total	366	351	355	414	325	1.811

Fonte: MS/SVS/DASIS

O percentual de partos cesáreos no município, de 2012 a 2016, representou uma média de 68,63%, valor considerado muito alto segundo a recomendação da OMS, que não deveria ultrapassar 15% em relação ao total de partos.

Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 14.08 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 72 de 167 e 141 de 167, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2.233 de 5.570 e 4.734 de 5.570, respectivamente. A Mortalidade infantil é considerada um dos melhores indicadores para a avaliação da qualidade da assistência à saúde, bem como do nível socioeconômico de uma população.

1). Mortalidade Infantil =14.08 óbitos por mil nascidos vivos.

2). Internações por diarreia= 0.1 internações por mil habitantes

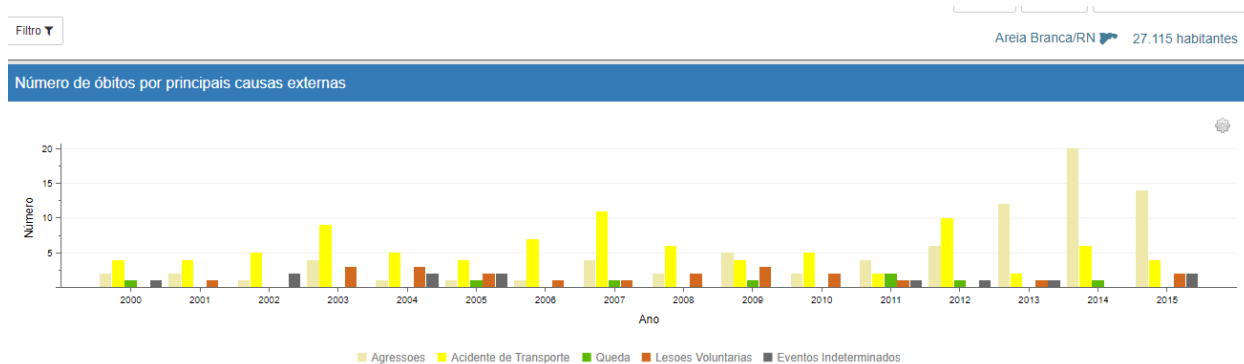
As ações desenvolvidas para a promoção da saúde da criança tais como campanhas de vacinação, enfrentamento das doenças diarreicas e da desnutrição, além da garantia de pré-natal de qualidade, iniciado o mais brevemente, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil precisam ser difundidos nas diversas áreas de nosso município, para que esses coeficientes sejam superados e que óbitos evitáveis não tornem a acontecer.

- **Mortalidade**

O perfil de mortalidade geral do município, no período de 2015 a 2017, mostrou que entre os Grupos de causas de óbitos, as Doenças do aparelho circulatório apareceram em primeiro lugar, com 132 óbitos. Na sequência, destacaram-se as Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com 92 óbitos, seguido das neoplasias com 89 óbitos e as Doenças do aparelho respiratório, com 59 óbitos.

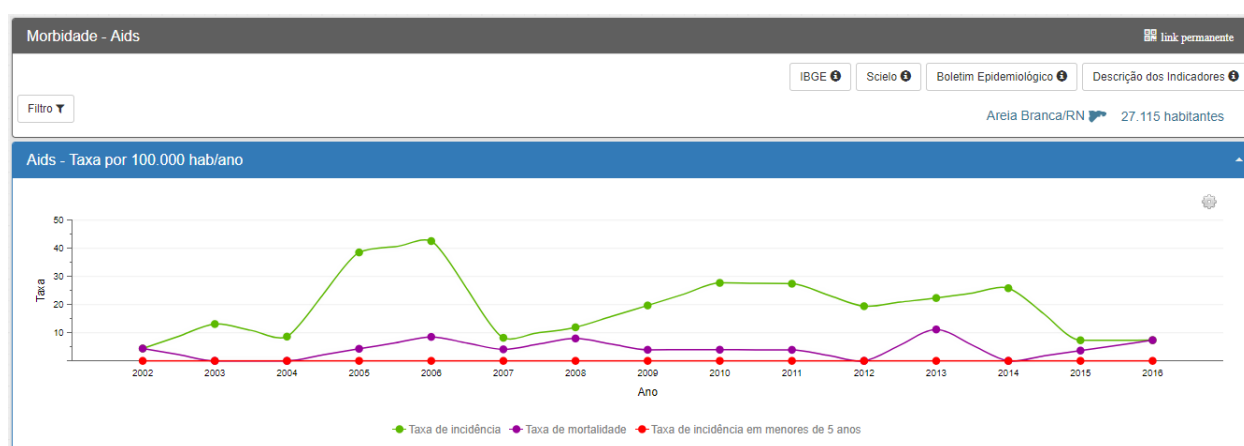
Com relação à variável faixa etária, constatou-se que 339 óbitos (61,08%) ocorreram na população idosa (60 anos e mais). Em seguida, apareceram as faixas etárias de 50 a 59 anos com 144 óbitos (25,94%) e de 40 a 49 anos, com 98 óbitos (17,65%).

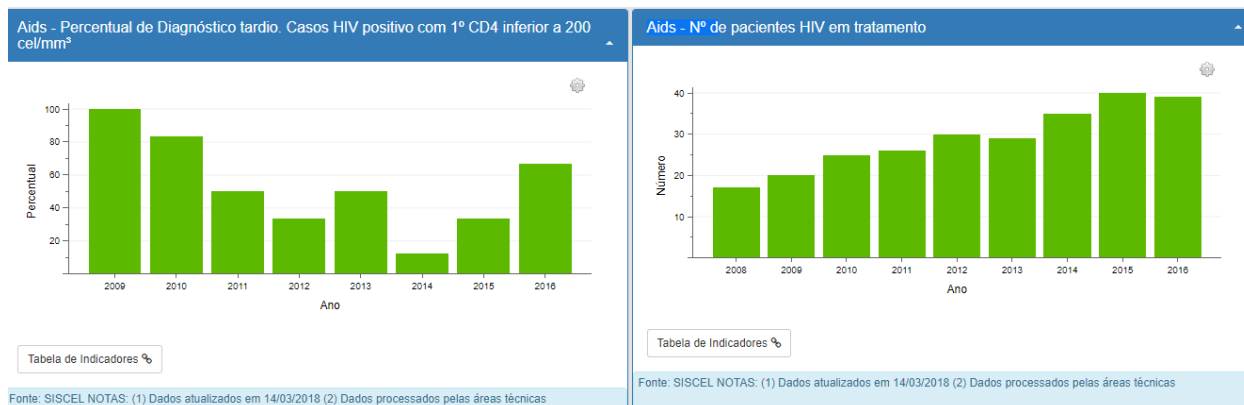
No tocante à **mortalidade por causas externas**, as lesões autoprovocadas voluntariamente e as agressões, ambas corresponderam a 63,63% dos casos de óbitos. 18,18% dos eventos ocorreram por acidentes. Todas as outras causas externas participaram com 9,10% dos óbitos.



Fonte: Dados trabalhados, pela área técnica, a partir do banco: SIM - 21/09/2017

No tocante a Síndrome da imunodeficiência adquirida - Aids, de conformidade com o Boletim Epidemiológico de DST/ Aids e Hepatites Virais da SESAP/RN, 2012, o município apresentou no período de 2012 a 2016 173 pacientes em tratamento: 2012: 30 pacientes, 2013: 29 pacientes, 2014: 35 pacientes, 2015: 40 pacientes e 2016: 39 pacientes.





4. ANÁLISE SITUACIONAL DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

A organização do modelo municipal de atenção à saúde busca a ampliação do acesso às ações e serviços de qualidade, priorizando os princípios da equidade, universalidade e integralidade.

No contexto da atenção integral à saúde, situa-se a atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar, apoio diagnóstico, urgência e emergência e assistência farmacêutica.

4.1 ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ASSISTENCIA

Referente a rede assistencial em saúde, o município possui 09 Equipes de Saúde da Família, com cobertura populacional de 95%, 09 Equipes de Saúde Bucal, 01 Núcleo Saúde da Família, 01 Centro de Saúde, 01 Centro de Apoio Psicossocial, 01 Centro Especializado de Reabilitação e 01 Hospital, todos 100% SUS. O município é Gestão Plena de Sistema, sendo parte da 2ª Região de Saúde, composta por 14 municípios.

4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o

tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do tratamento de doenças e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

- Ter território adscrito e responsabilidade sanitária sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se

organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

□ Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

□ Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em

procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

□ Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, resgatando conceitos mais amplos de saúde e formas diferenciadas de intervenção junto ao usuário, sua família e a comunidade. Evidências científicas mundiais e nacionais mostram que, dentre as orientações de modelo assistencial para a APS, a ESF é a que mais contempla seus atributos essenciais e derivados. (Starfield, 2003). Desta forma consegue aplicar maior número dos princípios do SUS, com destaque para a integralidade, a equidade, a coordenação do cuidado, a preservação da autonomia e a participação e controle social (Lei 8080/90).

Baseado nessas constatações e seguindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o município de Areia Branca opta pela ESF como modelo prioritário na organização da Atenção Primária em Saúde. Os usuários têm acesso à Atenção Primária através do acolhimento realizado pelos profissionais de saúde. Atualmente, Areia Branca possui 09 Equipes de Saúde da Família distribuídas no município, sendo que destas, 04 prestam atendimentos à população da zona rural. As unidades contam com a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, com o profissional médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgiões dentistas e agentes comunitários de saúde. Além da equipe mínima, o município conta com outros profissionais que desempenham suas funções nas ESF, sendo diretores de unidades, auxiliar de serviços gerais, que complementam as atividades desenvolvidas.

Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)

A expansão da Saúde da Família (SF), estratégia prioritária para a organização da atenção básica no Brasil, trouxe consigo resultados positivos, mas também evidenciou inúmeros desafios. Dentre eles, destaca-se o processo em curso de redefinição e qualificação da atenção básica na ordenação das redes de atenção e na sua capacidade efetiva de gestão do cuidado.

Na perspectiva de ampliar a capacidade de responder à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Conforme a PNAB (BRASIL, 2011), os NASF são equipes multiprofissionais compostas por profissionais de diferentes campos de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes.

As diretrizes que embasam o trabalho do NASF são as da atenção básica, já citadas anteriormente. A diferença do trabalho do NASF para as demais equipes, no entanto, é que esta se orienta pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração entre equipes envolvidas na atenção às situações/problemas comuns a um dado território. Esta integração ocorre na perspectiva de compartilhar as ações de saúde, através da troca de saberes entre os diversos profissionais e elaboração de projetos comuns de intervenção.

Dessa forma, pode-se dizer que o NASF constitui-se em retaguarda especializada para as equipes de atenção básica/saúde da família, atuando no lócus da própria Atenção Básica. Assim, aumenta a resolutividade, considerando o apoio de outros profissionais de nível superior. No município de Areia Branca o NASF é composto por: 1 fisioterapeuta, 1 farmacêutico, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 assistente social, e 1 educador físico. Atua de forma itinerante no apoio às equipes vinculadas e não se caracteriza pelo livre acesso ao atendimento individual ou coletivo, uma vez que o acesso é regulado pelas equipes da atenção primária. Tem como responsabilidade central atuar e reforçar 09 diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

A equipe do NASF e as equipes da estratégia saúde da família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado. Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

Saúde Bucal

O município de Areia Branca, através do Fundo Municipal de Saúde, entendendo que a Política de Saúde tem que estar em sintonia com os demais componentes de uma infraestrutura social, proporciona uma atenção odontológica comprometida com a prevenção, promoção e assistência.

O município possui uma rede de assistência odontológica na atenção primária, responsável pela garantia do acesso, viabilizando o fluxo do usuário aos demais níveis de atenção. Distribuídas em 09 Unidades de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal (na proporção de 01 equipe de Saúde bucal para 01 equipe de Saúde da Família).

As atividades de assistência são desenvolvidas com 01 gabinete odontológico para cada equipe de Saúde Bucal, com uma cobertura de 95% da população. A exceção fica por conta da equipe da zona rural, pois possui gabinetes fixos, situados nas ESF e duas unidades móvel odontológica.

Procedimentos de saúde bucal na atenção básica

- Procedimentos Coletivos (PC);
- Consulta odontológica – 1º consulta;
- Aplicação Terapêutica Intensiva com Flúor – por sessão;
- Aplicação de cariostático (por dente);
- Aplicação de selante (por dente);
- Controle de placa bacteriana;
- Escariação (por dente);
- Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemi-arcada);
- Curetagem supra-gengival e polimento dentário (por hemi-arcada);

- Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente);
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório;
- Restauração a pino;
- Restauração com amálgama de duas ou mais faces;
- Restauração com amálgama de uma face;
- Restauração com compósito de duas ou mais faces;
- Restauração com compósito de uma face;
- Restauração com compósito envolvendo ângulo incisal;
- Restauração com silicato de duas ou mais faces;
- Restauração com silicato de uma face;
- Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces;
- Restauração fotopolimerizável de uma face;
- Restauração com ionômero de vidro de uma face;
- Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces;
- Exodontia de dente decíduo;
- Exodontia de dente permanente;
- Remoção de resto radicular;
- Tratamento de alveolite;
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência;
- Ulotomia;
- Ulectomia;
- Glossorrafia;
- Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente.

Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral.

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade.

A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. No município de Areia Branca, 30 escolas participam do Programa, dando assistência

em média a 2.882 alunos em 13 ações de saúde ofertadas pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família e NASF. A adesão se deu no mês de Maio de 2017 e a vigência é de 24 meses.

4.3 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde - atenção básica, de média e alta complexidade. Nessa estrutura destaca-se a Média Complexidade como parte importante do sistema, componente fundamental para a efetiva implementação das diretrizes previstas nas orientações que estruturam o SUS. A atenção de Média complexidade foi instituída pelo decreto nº. 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Esta, conforme o Ministério da Saúde compreende ações e serviços de saúde que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar, que exigem a utilização de equipamentos e profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Está integrada à Atenção Básica através de um sistema de regulação.

- . Assistência Ambulatorial (Centro Especializado de Reabilitação(CER) e Centro de Saúde)
- . Assistência de Urgência e Emergência (SAMU)
- . Assistência Hospitalar (HMSK)
- . Atenção à Saúde Mental (CAPS I)

Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade são:

- Procedimentos especializados realizados por profissionais psicólogos, fisioterapeutas, bioquímicos, médicos e outros profissionais de nível médio e superior;
- Cirurgias ambulatoriais especializadas;
- Patologia clínica;
- Exames de ultrassonografia;

- Fisioterapia;
- Consulta especializada

Na média complexidade ambulatorial estão incluídos uma parte dos procedimentos necessários a complementação e suplementação à atenção básica e conseqüentemente reduzindo a necessidade de internações e a demanda para alta complexidade.

Com a expansão da ESF e efetiva implantação da programação pactuada integrada – PPI ficou clara a demanda por procedimentos de apoio diagnóstico e consultas especializadas.

Na atenção especializada o município dispõe de 01 centro de saúde, 01 Centro Especializado de Reabilitação, 01 Centro de Atenção Psicossocial e 01 hospital geral, com 34 leitos.

Quanto ao **apoio diagnóstico**, o município oferece procedimentos laboratorial clínico, por imagem e por gráfico, destacando-se equipamentos de ultrassom.

Os procedimentos de média complexidade que não são ofertados no Município e os demais de alta complexidade são pactuados e referenciados para outros municípios de maior porte, casos de Mossoró e Natal ou com a SESAP/RN.

No que se refere aos **serviços de urgência e emergência** predomina no Município o atendimento de Pronto-Socorro tradicional no Hospital Geral Sara Kubistchek, cuidando, enquanto porta de entrada da referência da atenção básica, funcionando 24 horas, dando resposta aos casos agudos, estabilizando as demandas mais complexas para posterior transferência para unidades de Mossoró e Natal. As urgências obstétricas são encaminhadas para o Hospital (Mossoró) e assim como as demais situações que requerem atendimento mais especializado são encaminhadas para o Município de Natal.

Junto à organização da rede de urgência e emergência o município vem participando de forma efetiva com a integração ao Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU, base de Mossoró, fazendo parte da sua pactuação e cofinanciamento.

As **internações hospitalares** constituem um recorte da atenção voltada aos casos mais crônicos que não puderam obter respostas em nível ambulatorial. O hospital Geral Sara Kubistchek absorve grande parte das internações dos munícipes, sendo os demais referenciados para Mossoró e para Natal.

4.3.1 SAÚDE MENTAL

A Rede de Saúde Mental do município de Areia Branca conta hoje com serviços ambulatoriais para cuidado dos transtornos mentais. Temos na nossa rede municipal um CAPS I, onde foi ofertado no ano de 2017 algo em torno de 3.000 procedimentos a população areia branquense. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.

- **CAPS I** – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população: de 20 mil até 70 mil habitantes.

► PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - RIO GRANDE DO NORTE - POR LOCAL DE ATENDIMENTO

Qtd.aprovada por Ano atendimento segundo Procedimento
Município: 240110 Areia Branca
Documento registro: RAAS - Psicossocial
Período: 2012-2017

Procedimento	2013	2014	2015	2016	2017	Total
TOTAL	34	1	1.251	1.806	2.946	6.038
0301080194 ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	11	-	-	-	-	11
0301080208 ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	16	-	412	429	405	1.262
0301080216 ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	-	-	498	812	1.035	2.345
0301080224 ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1	-	13	14	6	34
0301080275 PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	4	1	252	371	910	1.538
0301080283 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	2	-	28	67	566	663
0301080291 ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	-	-	20	64	24	108
0301080348 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	-	-	28	49	-	77

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

4.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

A área de vigilância em saúde abrange as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir espaço de articulação de conhecimentos e técnicas.

4.4.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

É um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde

individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. (BRASIL, 1990).

Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos.

Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados, divulgação das informações, investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

Em 1977, foi elaborado, pelo Ministério da Saúde, o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica, reunindo e compatibilizando as normas técnicas que eram, então, utilizadas para a vigilância de cada doença, no âmbito de programas de controle específicos. O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o SNVE, definindo, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. Além de ampliar o conceito, as ações de vigilância epidemiológica passaram a ser operacionalizadas num contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizada pela descentralização de responsabilidades, pela universalidade, integralidade e equidade na prestação de serviços.

De outra parte, as profundas mudanças no perfil epidemiológico das populações, no qual se observa o declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o crescente aumento das mortes por causas externas e doenças crônicas degenerativas, têm implicado na incorporação de doenças e agravos não transmissíveis ao escopo de atividades da vigilância epidemiológica.

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização

dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

São funções da vigilância epidemiológica:

- coleta de dados;
- processamento de dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas;
- promoção das ações de prevenção e controle indicadas;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- divulgação de informações pertinentes.

A eficiência do SNVE depende do desenvolvimento harmônico das funções realizadas nos diferentes níveis. Quanto mais capacitada e eficiente a instância local, mais oportunamente poderão ser executadas as medidas de controle. Os dados e informações aí produzidos serão, também, mais consistentes, possibilitando melhor compreensão do quadro sanitário estadual e nacional e, conseqüentemente, o planejamento adequado da ação governamental. Nesse contexto, as intervenções oriundas do nível estadual e, com maior razão, do federal tenderão a tornar-se seletivas, voltadas para questões emergenciais ou que, pela sua transcendência, requerem avaliação complexa e abrangente, com participação de especialistas e centros de referência, inclusive internacionais.

Com o desenvolvimento do SUS, os sistemas municipais de vigilância epidemiológica vêm sendo dotados de autonomia técnico-gerencial e ampliando o enfoque, para além dos problemas definidos como de prioridade nacional, que inclui os problemas de saúde mais importantes de suas respectivas áreas de abrangência.

Infra Estrutura

Atualmente funciona em uma sala na Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com o a equipe técnica e uma sala na ESF Centro de saúde onde fica a central de Imunização (Rede de Frios). A sala está equipada com computador, impressora e

Central de Imunização com duas geladeiras, uma câmara fria, mesa, armário e caixas térmicas.

Recursos Humanos

A Vigilância Epidemiológica atualmente conta com uma profissional de nível superior para seu funcionamento, enfermeira, contratada com carga horária de 20 horas semanais.

Imunização

Programa Nacional de Imunizações – PNI

A vacinação é a maneira mais eficaz de se evitar diversas doenças imunopreveníveis, como varíola (erradicada), poliomielite (paralisia infantil), sarampo, tuberculose, rubéola, gripe, hepatite B e febre amarela, entre outras.

É importante ressaltar alguns conceitos básicos sobre imunização:

- Vacina é o mecanismo usado para controlar algumas doenças infecto-contagiosas. Consiste na inoculação de um antígeno na corrente sanguínea de uma pessoa, visando à produção de anticorpos. A pessoa vacinada é aquela que recebeu uma dose da vacina, independentemente de ter recebido o esquema completo. A pessoa imune é aquela que possui anticorpos protetores específicos contra determinado agente infeccioso. Essa imunidade pode ser adquirida naturalmente (pela doença) ou artificialmente (pela imunização adquirida por meio da vacinação).
- Imunidade é a capacidade de o sistema imunológico reconhecer substâncias estranhas e promover uma resposta contra elas (micro-organismo responsável por uma doença infecciosa específica ou sobre suas toxinas). As ações de vacinação são coordenadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e têm o objetivo de erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro.

A atividade de vacinação é também realizada rotineiramente em 09 UBS. A tabela abaixo mostra os dados de cobertura vacinal.

A cobertura esperada das vacinas aplicadas em menores de 1 ano, para o controle das doenças, é de 95%. As menores coberturas observadas a partir de 2012 podem ser devidas ao número de partos dos municípios em maternidades de outras cidades, local onde é preconizada a administração da BCG e Hepatite B. Observa-se ainda algumas vacinas do total de cobertura encontra-se menor que 90%, isto é explicado, pois foram anos de implantação de novas vacinas, como a Penta Valente, a dTpa e a Tetra Viral. Encontramos percentual de cobertura acima

dos 100%, isso é devido ao número de pessoas de outras cidades que buscam nosso município para se vacinar, além dos números estáticos abaixo da realidade.

COBERTURA VACINAL ANUAL 2012 A 2017

Cobertura Vacinal por: Município - RIO GRANDE DO NORTE - MR-RIO GRANDE DO NOR - AÇU - AREIA BRANCA

Ano: 2012

Origem da Informação: VACINAÇÃO

Município	BCG -	BCG	BCG - D	Rotavírus	Rotavíru	Rotavírus	Pneumo	Pneumc	Pneumod	Menigo	Menigo	Menigoc	Pentav	Penta	Penta	Poliomielite	Poliomielite	Poliomielite
2401107 - AB			116			70,67			75,73			85,33			32,53			180,53
Total			116			70,67			75,73			85,33			32,53			180,53

Ano: 2013

Origem da Informação: VACINAÇÃO

Município	BCG -	BCG	BCG - D	Rotavírus	Rotavíru	Rotavírus	Pneumo	Pneumc	Pneumod	Menigo	Menigo	Menigoc	Pentav	Penta	Penta	Poliomielite	Poliomielite	Poliomielite
2401107 - AR	311	280	90,03	311	296	95,18	311	308	99,04	311	355	114,15	311	303	97,43	311	792	254,70
Total	311	280	90,03	311	296	95,18	311	308	99,04	311	355	114,15	311	303	97,43	311	792	254,70

Ano: 2014

Origem da Informação: VACINAÇÃO

Município	BCG -	BCG	BCG - D	Rotavírus	Rotavíru	Rotavírus	Pneumo	Pneumc	Pneumod	Menigo	Menigo	Menigoc	Pentav	Penta	Penta	Poliomielite	Poliomielite	Poliomielite
2401107 - AR	366	221	60,38	366	201	54,92	366	297	81,15	366	293	80,05	366	294	80,33	366	659	180,05
Total	366	221	60,38	366	201	54,92	366	297	81,15	366	293	80,05	366	294	80,33	366	659	180,05

Ano: 2015

Origem da Informação: VACINAÇÃO

Município	BCG -	BCG	BCG - D	Rotavírus	Rotavíru	Rotavírus	Pneumo	Pneumc	Pneumod	Menigo	Menigo	Menigoc	Pentav	Penta	Penta	Poliomielite	Poliomielite	Poliomielite
2401107 - AR	351	236	67,24	351	268	76,35	351	254	72,36	351	308	87,75	351	226	64,4	351	589	167,81
Total	351	236	67,24	351	268	76,35	351	254	72,36	351	308	87,75	351	226	64,4	351	589	167,81

Ano: 2016

Origem da Informação: VACINAÇÃO

Município	BCG -	BCG	BCG - D	Rotavírus	Rotavíru	Rotavírus	Pneumo	Pneumc	Pneumod	Menigo	Menigo	Menigoc	Pentav	Penta	Penta	Poliomielite	Poliomielite	Poliomielite
2401107 - AR	355	28	7,89	355	46	12,96	355	68	19,15	355	35	9,86	355	22	6,2	355	37	10,42
Total	355	28	7,89	355	46	12,96	355	68	19,15	355	35	9,86	355	22	6,2	355	37	10,42

Ano: 2017

Origem da Informação: VACINAÇÃO

Município	BCG -	BCG	BCG - D	Rotavírus	Rotavíru	Rotavírus	Pneumo	Pneumc	Pneumod	Menigo	Menigo	Menigoc	Pentav	Penta	Penta	Poliomielite	Poliomielite	Poliomielite
2401107 - AR	355	102	28,73	355	230	64,79	355	251	70,70	355	244	68,73	355	185	52,1	355	202	56,90
Total	355	102	28,73	355	230	64,79	355	251	70,70	355	244	68,73	355	185	52,1	355	202	56,90

4.4.2 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

São evidentes os sinais de deteriorização do ambiente em escala planetária. A degradação progressiva dos ecossistemas, a contaminação crescente da atmosfera, solo e água, bem como o aquecimento global são exemplos dos impactos das atividades humanas sobre o ambiente. Esses problemas são exacerbados em situações locais em que se acumulam fontes de riscos advindas de processos produtivos passados ou presentes, como a disposição inadequada de resíduos industriais, a contaminação de mananciais de água e as péssimas condições de trabalho e moradia. O setor saúde tem sido instalado a participar mais ativamente dessa agenda, seja pela sua atuação tradicional no cuidado de pessoas e populações atingidas pelos riscos ambientais, seja pela valorização das ações de prevenção e promoção da saúde.

Considera-se a vigilância ambiental como o processo contínuo de coleta de dados e análise de informação sobre saúde e ambiente, com o intuito de orientar a execução de ações de controle de fatores ambientais que interferem na saúde e contribuem para a ocorrência de doenças e agravos. A vigilância ambiental em saúde também estende sua atuação sobre fatores biológicos representados por vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos, bem como fatores não biológicos como a água, o ar, o solo, contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos. Contempla as ações executadas pelo setor saúde e também ações de outros setores promovidas e articuladas com setor saúde.

A FUNASA, órgão da estrutura do Ministério da Saúde, criou em 1999, a Coordenação de Vigilância Ambiental -COVAM, com a finalidade de coordenar, implementar e acompanhar o desenvolvimento das ações de vigilância ambiental. Surgiu a partir da proposta de estruturação da Vigilância em Saúde, que levou a Fundação a desenvolver um Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde –VIGISUS, que está em fase de implantação no país.

O Sistema de Vigilância Ambiental engloba as áreas de vigilância da qualidade da água para consumo humano, vigilância e controle de vetores e fatores biológicos, contaminantes ambientais e as questões de saúde relacionadas aos desastres e acidentes com produtos perigosos.

A incorporação da Vigilância Ambiental em Saúde envolve alguns processos mais gerais que tem ocorrido no sistema de saúde brasileiro, tal como a descentralização de ações de saúde e a reestruturação do campo da vigilância em saúde. Por outro lado, será necessária a delimitação mais precisa do objeto de trabalho da vigilância ambiental em saúde e sua diferenciação em relação a áreas tradicionais da saúde coletiva como a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica. Neste trabalho ressalta-se a exposição como objeto específico da vigilância ambiental em saúde, que deve ser tratada não como um atributo da pessoa, mas do conjunto de relações complexas entre a sociedade e o ambiente. Esse esforço pressupõe também a ampliação das ações ambientais coordenadas pelo setor saúde, que tem se mantido como parceiro de outros setores, principalmente nas ações de saneamento.

Fluxo de trabalho da vigilância ambiental

- Demanda espontânea para captura de cães e eliminações dos cães positivados para leishmaniose;
- Visitas domiciliares para orientação do manejo da Dengue;

- ☐ Controle e a busca ativa dos vetores: Aedes aegypti, triatomíneos dentre outros;
- ☐ Palestras educativas em repartições públicas;
- ☐ Reuniões com equipe para supervisão e discussão de casos novos;

Infraestrutura

Atualmente a sede da Vigilância Ambiental funciona em um espaço adaptado para seu funcionamento na SMS.

O imóvel apresenta as seguintes divisões para funcionamentos dos serviços:

01 sala para a vigilância Sanitária;

01 sala onde os Agentes de Controle de Endemias condensam seus relatórios;

01 Sala destinada para a sala de supervisão de campo e para reunião, educação permanente com os profissionais do setor;

01 Sala de depósito para inseticidas;

Recursos humanos

O Setor de Vigilância Ambiental no momento conta com uma equipe de 10 agentes de combate as endemias e 01 coordenador de campo para seu funcionamento baseado na necessidade do serviço e de acordo com a legislação vigente.

IMÓVEIS VISITADO NA PREVENÇÃO E COMBATE DA DENGUE

IMÓVEIS VISITADOS							
ANO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
VISITAS	63.943	66.029	73.703	56.237	61.174	56.147	377.233

Dados do setor de endemias 2017

vacinação antirrábica

cobertura da vacinação em cães = 93,67% (observação: a cobertura é somente para cães) população canina = 3.144 cães vacinados= 2945 gatos vacinados=1627 total de animais vacinados = 4.572

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE -PNCD

DADOS DOS CICLOS REALIZADOS NO ANO DE 2017.

1º ciclo imóveis trabalhados no tratamento = 8975
2º ciclo imóveis trabalhados no tratamento = 10110
3º ciclo imóveis trabalhados no tratamento = 9268
4º ciclo imóveis trabalhados no tratamento = 10302
5º ciclo imóveis trabalhados no tratamento = 7255
6º ciclo imóveis trabalhados no tratamento = 7951
Total: 53.861

Levantamento de índice e LIRa

1º Lia período 13/03/17-17/03/17 Imóveis inspecionados= 922 Imóveis positivos=50
IIP=5,4%.
2º Lia período 05/06/17-13/06/17 Imóveis inspecionados= 913 Imóveis positivos=37
IIP=4,05%.
3º LIRa período 09/10/17-13/10/17 Imóveis inspecionados= 451 Imóveis
positivos=20 IIP=4,4%.

Observação = Os imóveis trabalhados no ano de 2017 foram os abaixo:

53.861 Tratamento + 2.286 Levantamento de índice

Total geral de imóveis trabalhados em 2017: 56.147

4.4.3 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária consiste em conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Esta abrange o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde, compreendendo todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A Vigilância Sanitária Municipal (VISA) atua cadastrando e inspecionando estabelecimentos de saúde e estabelecimentos de interesse em saúde; investigando surtos relacionados a alimentos; identificando riscos e situações de riscos relacionados a produtos e serviços sujeitos a controle sanitário; realizando ações de informação, educação e comunicação em Vigilância Sanitária; atendendo e

acolhendo denúncias, reclamações e demandas relacionadas ao risco em Vigilância Sanitária. Além disso, a VISA trabalha expedindo Alvarás Sanitários (aos estabelecimentos previamente inspecionados que atendem às normas e padrões da ANVISA), blocos de receituários de medicamentos controlados (apenas para estabelecimentos de saúde da prefeitura municipal) e emitindo numeração para a confecção de receituários de medicamentos controlados (para estabelecimentos de saúde particulares e médicos).

Recursos humanos

A Vigilância Sanitária Municipal conta com um coordenador e veterinário e com uma equipe de 07 fiscais sanitaristas os quais atuam exclusivamente nas ações da mesma. Como diretriz a VISA busca fortalecer a redução dos riscos e agravos a saúde da população, por meio das ações de Promoção e Vigilância em Saúde.

Quantitativo de amostras analisadas pela vigilância da qualidade da água para o consumo humano. Amostras de água p/ cons. Humano quanto aos parâmetros: Coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. - 2013 a 2015.

Parâmetros	2013	2014	2015
Coliformes totais	111	144	144
Cloro residual	55	70	60
Turbidez	110	144	144

5. REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.

As Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população coordenada pela Atenção Primária à Saúde, prestada no tempo certo, com o custo certo, com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre essa população.

Na configuração das RAS os modelos operacionais de implantação devem atender os seguintes requisitos: definição de território, realização de diagnóstico situacional inerente ao território (região), construção desejada para os serviços de atenção primária, dos outros níveis de atenção e os serviços de apoio, criação de sistemas logísticos de suporte e criação de sistema de regulação e governança.

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

Nesse sentido, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde, o Estado do RN deflagrou o processo de estruturação de redes de cuidados, permeados pelos preceitos da Política Nacional de Humanização, priorizando-se as Redes de Atenção Materna e Infantil (Rede Cegonha), Atenção às Urgências, Atenção Psicossocial, Atenção à Pessoa com Deficiência e Atenção às Doenças e condições crônicas com ênfase para a Atenção Oncológica.



A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. As mesmas estão distribuídas da seguinte forma:

.Saúde Conte com a Gente: Saúde Mental, distribuídos através dos CAPS e Unidades de Acolhimento;

.Saúde mais perto de Você: Atenção Básica estão inclusas PACS, Brasil Sorridente/Saúde Bucal, CEO/ Laboratório de Prótese Dentaria, Estratégia de Saúde da Família, Melhor em Casa, NASF, UBS / Obras e Vacinação;

.Saúde não Tem Preço: Assistência Farmacêutica, distribuídos em Aqui tem Farmácia Popular (Rede Conveniada) e Farmácia Popular do Brasil;

.Saúde Toda Hora: Atenção às urgências, com as UPA's e SAMU;

.Saúde Prisional;

.Saúde da População Negra;

.Viver sem limites;

Saúde da Mulher: Atenção a Mulher, Prevenção e Tratamento do Câncer de Colo Uterino e de Mama;

Programas: programa mais médicos e crack;

Nosso município possui grande parte desta rede implantada e trabalha a fim de atingir os objetivos do milênio.

Objetivos do Milênio: Reduzir Mortalidade Infantil, Melhorar a Saúde das Gestantes e Combate a AIDS, Malária e outras doenças.

5.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

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



Figura 12: Ciclo da assistência farmacêutica do município de Areia Branca/RN

Seleção de medicamentos

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

O município de Areia Branca, através da equipe de Assistência Farmacêutica elaborou, com base na RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, sua relação de medicamentos básicos a ser dispensados nas Farmácias Básicas desta municipalidade. Para tanto, a comissão levou em consideração os agravos de notificação do município, bem como a epidemiologia do Município e de sua Região de Saúde.

Ressaltamos que esta relação deverá ser analisada anualmente para propor acréscimos e/ou retirada de alguma medicação desta relação.

Classificação dos medicamentos:

Medicamentos Básicos

Os medicamentos básicos são aqueles destinados à atenção primária à saúde. São adquiridos pelo governo do estado com recurso tripartite, federal, estadual e municipal e distribuídos para os 167 municípios do estado do Rio Grande do Norte.

O município de Areia Branca, por ser classificado como Gestão Plena, também realiza a seleção e aquisição dos Medicamentos Básicos para atender toda a

demanda da população seguindo a relação dos medicamentos fornecidos pela RENAME.

Medicamentos Estratégicos

Os medicamentos estratégicos são aqueles utilizados em doenças (Diabetes, Hanseníase, Tuberculose, Chagas, Esquistossomose e outras) que configuram problemas de saúde pública, com impacto sócio-econômico importante cujo controle e tratamento tenham protocolos e normas estabelecidas.

O Sistema Único de Saúde – SUS, nos últimos anos, tem alcançado importantes avanços no desenvolvimento das suas diretrizes básicas: a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação popular. O aprofundamento do processo de descentralização gera necessidades de aperfeiçoamento, busca de novas estratégias que venham ampliar a capacidade de gestão do município. Por sua vez, a consolidação das ações de Atenção Básica, como fator estruturante do Sistema Municipal de Saúde, torna-se um desafio para o seu fortalecimento.

Neste contexto, a Assistência Farmacêutica reforça e dinamiza a organização do sistema municipal, tornando-o mais eficiente, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações.

Desse modo, a Assistência Farmacêutica Municipal disponibiliza mais de 150 medicamentos, sendo divididos em: Básicos, Estratégicos e os medicamentos judicializados.

Os medicamentos necessitam da atenção por parte dos gestores, pois a sua utilização pode gerar distorções comuns à maioria dos Municípios como: utilização desnecessária; prescrições irracionais; desperdícios com compras erradas e outras, elevando o custo com a aquisição e com o tratamento inadequado das doenças. Por isso, foi importante elaborar e implementar em Areia Branca a Relação Municipal de Medicamentos-REMUME.

Programação

Na fase de programação, são identificadas as quantidades de medicamentos necessários para atender a população, detalhadas as especificações para compra e calculados o custo daquilo que foi programado. São definidas ainda as prioridades

de medicamentos estabelecidas conforme a disponibilidade de recursos existentes, o perfil epidemiológico, a oferta de serviços e o consumo histórico.

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

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

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

Aquisição

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

A ferramenta **Banco de Preços** ainda não vem sendo utilizada pela SMS para subsidiar a compra desses insumos. O banco de preço é um Sistema informatizado com alimentação em tempo real, através da internet, pelas instituições cadastradas, disponibilizando informações sobre compras de medicamentos e outros produtos da área da saúde.

A aquisição de medicamentos na SMS tem sido feito de forma sistemática, sendo reflexo da programação, controle de estoque de medicamentos e etc. Fato novo para a compra de medicamentos foi a publicação das Portarias nº 2.981 e 2.982/MS de novembro de 2009, definindo valores, elenco e compromissos tripartite, exigindo ajustes a partir de 2010.

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

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

Armazenamento e distribuição

O armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos sempre foram responsabilidade da SMS, através da equipe técnica da Assistência Farmacêutica.

O fluxo para a distribuição dos medicamentos segue a seguinte sequência: a unidade de saúde faz seu pedido e encaminha para a sede da Assistência Farmacêutica. A distribuição para as unidades é feita pela SMS, em transporte próprio.

Dispensação

Atualmente a rede dispõe de 2 farmácias estruturadas Farmácia Básica e no Hospital Municipal, além de 09 dispensários de medicamentos distribuídos nas unidades básicas de saúde. Possui também dispensação para medicação de saúde mental na própria Farmácia Básica.

Normatização

As supervisões periódicas têm identificado a necessidade de normas regulamentadoras para os dispensários de medicamentos da rede, em função da falta de padronização na dispensação.

Ação judicial

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

Considerando que a aquisição de medicamentos solicitados judicialmente não apresentava uma previsão regular, se buscou conhecer o perfil dessas solicitações em 2017 a fim de se poder avaliar e planejar algumas aquisições com antecedência. Foi constatado que a maior procura de medicamentos é para as novas insulinas lançadas no mercado e medicamentos para o tratamento de câncer, osteoporose, doenças circulatórias e hormonais e, quanto aos insumos, as maiores solicitações são para fitas para glicosímetro, lancetas, agulhas, seringas, fraldas para adultos e sondas uretrais.

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

Sistema de informação

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

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

Com vistas a qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica, o Ministério da Saúde lançou um software intitulado HÓRUS. O sistema permite o controle de estoque, rastreabilidade dos medicamentos distribuídos e dispensados, o agendamento das dispensações, o conhecimento do perfil do consumo, o acompanhamento do uso de medicamentos, entre outros. Foi identificada a necessidade de normatizar os serviços farmacêuticos nas unidades de saúde, para tanto, vai ser elaborado um documento que dispõe sobre a obrigatoriedade no cumprimento de normas e rotinas desde a solicitação de medicamentos e materiais até a dispensação do medicamento à população. O documento está sendo adaptado para contemplar as novas normas da ANVISA sobre o controle especial de medicamentos antimicrobianos.

6. GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde - SMS, é integrante da Administração Pública Municipal Direta. Sua efetivação se deu em harmonia com os movimentos de reforma sanitária e redemocratização do país, coincidindo com a criação do Sistema Único de Saúde, sendo balizada pelos seus princípios e diretrizes.

6.1. GESTÃO EM SAÚDE

6.1.1. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Caracterizada como um dos principais pontos de discussão relacionados à consolidação do SUS, a Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde representa a base de sustentação do sistema, em virtude do mesmo ter a sua potência alicerçada nos seus trabalhadores.

A descentralização da gestão das políticas públicas, conforme o disposto na Lei Orgânica do SUS, nº 8.080/1990, definiu a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A partir de então, as gestões municipais, estaduais e a união precisaram repensar seus papéis para a construção de um novo modo de operar o SUS, requerendo a realização de discussões articuladas envolvendo as três esferas de governo para alcance de equilíbrio nas responsabilidades federativas relacionadas ao financiamento da gestão do trabalho e da educação para o SUS, bem como para a busca de soluções ante as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

O expressivo aumento na responsabilidade pela força de trabalho em saúde atribuída aos municípios não ocorreu no contexto de uma política de Estado que adequasse o pacto federativo brasileiro, criando condições mais favoráveis para que a esfera municipal assumisse os novos encargos. A transferência de recursos tem sido inferior às necessidades e as bases jurídico-legais existentes não são as mais apropriadas para a construção de uma carreira pública com base municipal que atenda as necessidades do SUS. Os municípios têm dificuldade de expansão de postos de trabalho por falta de recursos financeiros, por oferta insuficiente de médicos no mercado de trabalho, por dificuldade de interiorização, por limitações decorrentes da Lei de Responsabilidade Fiscal.

As estruturas de gestão do trabalho e educação na saúde são ainda incipientes em parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde. Em uma área considerada essencial como a saúde, a precarização do trabalho delimita a relação e expõe a fragilidade do trabalhador, tanto no setor público quanto na iniciativa privada (contratados ou conveniados).

As demandas de Educação Permanente no município são muitas, sendo necessário priorizar aquelas voltadas às Redes Temáticas, vigilância em saúde, sistemas de informação em saúde e controle social do SUS.

A valorização da **força de trabalho** tem marcas patentes, principalmente quando considerada a desprecarização de vínculo empregatício. A SMS conta com aproximadamente 415 servidores, oriundos de diversos vínculos, atuando na rede assistencial, básica e especializada, nas ações de vigilância à saúde e em atividades de gerenciamento do sistema.

A análise do vínculo empregatício da **Força de Trabalho** que presta serviços no sistema municipal de saúde, de conformidade com a Secretaria Municipal de Administração 70,60% são estatutários, ou seja, são regidos por estatuto próprio do Poder Executivo a que serve e seu provimento depende da aprovação prévia em concurso público ou processo seletivo. Em segundo lugar, apareceram os profissionais contratados por prazo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, com 16,87%, seguidos de 10,60% de cargos comissionados e 1,93% de servidores cedidos ao município.

Força de trabalho Ativa da SMS, por especificação e número, do município de Areia Branca/RN, 2018

Especificação	Nº
Cargos estatutários	293
Cargos contratados	70
Cargos comissionados	44
Cargos cedidos	08
Total	415

Fonte: Secretaria Municipal de Administração da PMAB

O contingente de trabalhadores ativos da SMS equivale a servidores efetivos, dentre os quais correspondem aos servidores do quadro próprio e servidores requisitados de outros órgãos.

O **Controle Social** tem como fórum máximo de deliberação o Conselho Municipal de Saúde, criado pela Lei n.º 835, de 09 de novembro de 1995, reiterando o seu papel de formulação e o seu privilegiado espaço de tomada de decisão para as diretrizes do Sistema Municipal de Saúde.

Atende aos preceitos normativos vigentes no tocante a participação paritária entre profissionais, prestadores e segmentos representantes dos usuários dos serviços, tornando-o permanente e deliberativo. Outro item a ser ressaltado é o funcionamento do Conselho que se reúne ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente quando deliberado em plenário.

Os fóruns de debates instalados a partir da criação da SMS, culminaram com a realização da IV Conferência Municipal de Saúde em 2015, sendo suas proposições elencadas enquanto diretrizes institucionais contidas nesse plano.

O Conselho Municipal de Saúde apresenta composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados, conforme a Resolução nº 453/12 do Conselho Nacional de Saúde e está cadastrado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS. O mesmo é composto de 08 membros titulares e 08 suplentes.

6.1.2 PLANEJAMENTO

O Planejamento no setor saúde configura-se como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS, devendo estar atrelado ao planejamento das políticas de governo, ao que concerne a formulação das demais políticas públicas, explicitadas nos planos plurianuais.

O planejamento em saúde no município está contextualizado nos fatores condicionantes e determinantes da saúde no nível local, nas propostas da IV Conferência Municipal de Saúde – 2015, nas metas pactuadas no Pacto pela Saúde (em processo de transição para o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP), ajustados aos instrumentos de gestão do governo municipal, Plano Plurianual (PPA) Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e Orçamentária Anual (LOA).

O planejamento em saúde do município, ainda, deve observar a configuração das Redes de Atenção à Saúde no âmbito da 2ª região de saúde e o Planejamento Regional Integrado.

Os instrumentos de planejamento em saúde incluem além do Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Saúde.

6.1.3 REGULAÇÃO E CONTROLE DO SISTEMA DE SAÚDE

A regulação do sistema tem como pressuposto ofertar acesso aos cidadãos serviços de saúde qualificados, através do Complexo Regulador Estadual, com o objetivo de

fortalecer a capacidade de resposta dos sistemas às demandas de saúde dos usuários do SUS.

O processo de descentralização da regulação assistencial no estado, ocorreu em 2006, com a criação de 4 Centrais Municipais de Regulação (Natal, Mossoró, Caicó e Pau dos Ferros) com abrangência regional, as quais utilizavam a ferramenta eletrônica disponibilizada pelo Ministério da Saúde – SISREG II.

Hoje, há a necessidade de conformação do Complexo Regulador Estadual com vistas a integrar as Centrais de Consultas, Exames e Internações às Urgências/Emergências e outras modalidades de atenção para regulação dos procedimentos. Faz-se Necessário que haja a implantação de um sistema informatizado mais completo que aglomere todas as modalidades de informações que compõe a regulação (consultas, exames, internação – AIH e APAC), considerando-se que, hoje, o Complexo Regulador do Estado opera com três plataformas tecnológicas distintas (SISREG III e SIGUS, este privado e não integrados, além da efetivação do cartão eletrônico do usuário e atualização regular do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

O Estado encontra-se atualmente na fase de elaboração dos protocolos clínicos e de regulação para qualificação do acesso, para em seguida iniciar o processo de validação dos mesmos.

Para consolidar as redes de atenção os municípios deverão operar o Complexo Regulador dos serviços de seu território, realizando cogestão entre o Estado e município, considerando as referências intermunicipais.

6.2 FINANCIAMENTO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

Compreendida como de relevância ímpar para a consolidação do SUS, a política de financiamento merece atenção especial quando analisada a aplicação de recursos financeiros, tanto os transferidos pelos Fundos Nacional e Estadual, quanto àqueles oriundos do Tesouro Municipal.

O Fundo Municipal de Saúde, criado pela Lei n.º 834, de 09 de novembro de 1995, representa um importante instrumento de gestão, possibilitando flexibilidade e transparência na aplicação de recursos direcionados para a consolidação da Política Municipal de Saúde.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS permite a apuração de importantes indicadores relativos ao financiamento do Sistema Municipal, destacando-se entre eles o percentual de cumprimento da Emenda Constitucional (EC) n.º 29/2000 e a Lei 141/2012, referente à alocação de recursos próprios com ações e serviços de saúde.

O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

Bloco de Financiamento	Programas de Trabalho (Função/Subfunção/Programa/Ação)
I – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	10.122.2015.4525 - Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde
	10.301.2015. 217U - Apoio à Manutenção dos Polos de Academia da Saúde
	10.301.2015. 219A - Piso de Atenção Básica em Saúde
	10.302.2015. 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade
	10.303.2015. 20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde
	10.303.2015. 4705 - Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
	10.304.2015. 20AB - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária
	10.305.2015. 20AL - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde
II – Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	10.301.2015. 12L5 - Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde - UBS
	10.301.2015.20YL - Estruturação de Academias da Saúde
	10.301.2015. 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde
	10.302.2015. 12L4 - Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA
	10.302.2015. 20B0 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental

	10.302.2015. 20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha
	10.302.2015. 8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde
	10.302.2015. 8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial

Os Grupos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados:

- **Atenção Básica** é constituída por dois componentes: I- Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo e II - Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.

O Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

- **Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar** constituindo por um Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Os incentivos do Componente Limite Financeiro MAC incluem aqueles atualmente designados: I - Centro de Especialidades Odontológicas - CEO; II -

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU; III - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; IV - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; V - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS; VII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI; VII - Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS e VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, considerando o disposto no artigo 15, será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens: I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC; II - transplantes e procedimentos vinculados; III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido e IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

- **Vigilância em Saúde** este grupo é constituído por dois componentes: I - Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e II - Componente da Vigilância Sanitária.

O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e também pelos seguintes incentivos: I - Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar; II - Laboratórios de Saúde Pública; III - Atividade de Promoção à Saúde; IV - Registro de Câncer de Base Populacional; V - Serviço de Verificação de Óbito; VI - Campanhas de Vacinação; VII - Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*; VIII - Contratação dos Agentes de Campo; IX - DST/Aids e X - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

- **Assistência Farmacêutica** será constituído por três componentes:

I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e III - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

- **Gestão do SUS** é constituído de dois componentes: I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS: O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de: Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde;

Incentivo à Participação e Controle Social; Informação e Informática em Saúde; Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica e X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

O II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde: inclui os incentivos atualmente designados: implantação de Centros de Atenção Psicossocial; qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; fomento para ações de redução de danos em CAPS AD; inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

Os Demonstrativos da Utilização dos Recursos – Despesa com Saúde e Demonstrativo Orçamentário são dados retirados do SIOSP. O quadro abaixo representa o quanto o município investiu da sua Receita Própria Aplicada em Saúde em conformidade com a EC29\2000 e Lei 141/2012, onde são indicados

Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde
2012 a 2017 – Areia Branca

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recursos próprios aplicados em saúde %	26,16	21,26	15,14	25,69	24,71	27,26

Fonte: DATASUS/SIOPS

Denota-se pelos dados acima, a crescente valorização do Setor Saúde pela Administração Municipal, representada no esforço de incrementar as ações e serviços, transferindo montantes oriundos das receitas de impostos e transferências constitucionais legais, visando a melhoria contínua das condições de vida da população, refletida nos indicadores de saúde.

Uma importante avaliação disponibilizada pelo SIOPS, diz respeito ao percentual de Recursos Próprios aplicados em saúde nesse período.

Participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde
2012 a 2017 – Areia Branca

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Participação da despesa com pessoal %	39,31	61,13	54,75	64,51	64,64	75,47

Fonte: DATASUS/SIOPS

O incremento na força de trabalho e sua conseqüente valorização promoveu uma elevação nos valores aplicados com pessoal, cuja representação percentual demonstra o crescimento dos recursos aplicados entre os anos de 2012 e 2017, da ordem de 36,16%, quando comparada a despesa com pessoal em relação aos valores totais aplicados em saúde.

Em síntese, a representatividade das informações sobre financiamento da saúde na esfera municipal, traz à tona a reflexão de que todas as conquistas auferidas são frutos de árdua administração gerencial e clareza de objetivos, no qual, aplicações de diversas naturezas, desde as despesas com pessoal, aquisição de insumos e equipamentos para a rede, adequação de instalações físicas, qualificação profissional e valorização de atividades de promoção à saúde, apontam

para a necessidade de investir de forma crescente em iniciativas que propiciem retorno em bem-estar geral dos municípios.

A Portaria nº 3.922 de 28 de Dezembro de 2017 que trata do Financiamento e da Transferência dos Recursos Dederais para Ações e os Serviços Públicos de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28 de Setembro de 2017 que contemplava a Portaria nº 204/2007, nesta os blocos de financiamentos sempre se caracterizaram por serem blocos financeiros, tendo uma conta vinculada e cada um dos cinco blocos de custeio, exceto o bloco de investimento, que se caracterizava por ter contas correntes vinculadas a cada projeto.

Esta nova Portaria expressa mudança onde às formas de transferências de recursos financeiros serão distribuídos em duas contas, com apenas dois blocos: Custeio e investimento, ou seja ocorrera a junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco, mantendo-se grupos de ações dentro do Bloco de Custeio. Esta separação fortalece os instrumentos de planejamento, orçamento e flexibilidade do fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas.

6.3 ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

A gestão governamental em saúde possui natureza complexa, que abrange várias dimensões (ética, política, estratégica, técnica e administrativa). O propósito primordial da gestão é a tomada de decisões, que desencadeia a implementação das políticas. A conformação jurídica do SUS estabelecida na Constituição Federal/1988 define que as ações e serviços de saúde, desenvolvidos pelos entes federativos, sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada. Essa definição constitucional impõe ao SUS um modelo diferenciado de gestão federativa, requerendo que a administração pública seja dotada de mecanismos que permitam aos entes autônomos se organizarem de modo a executar uma gestão regionalizada e compartilhada.

Os processos de negociação e pactuação entre os gestores do SUS e destes com o Controle Social, tendo como espaços as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), Comissões Intergestores Regional e os Conselhos de Saúde.

Tabela 9 – Comissões Intergestores



Um ponto relevante a ser considerado é que a constituição das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) representam importantes instâncias na superação da fragmentação sistêmica, para o estabelecimento de ação cooperativa entre os gestores do SUS.

A implantação dessas Comissões evoluiu gradualmente, existindo atualmente a CIR em cada uma das oito Regiões de Saúde configuradas pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR/RN, aglutinando geograficamente os 167 municípios. O município de Areia Branca/RN integra a Comissão Intergestores Regional – CIR da 2ª Região de Saúde. Entretanto, os processos de gestão do Sistema ainda enfrentam desafios, sendo necessária a adoção de um contrato organizativo capaz de organizar a ação pública da saúde, caracterizando-se como o ato jurídico que estampa os compromissos, compromete os entes federativos uns com os outros, define necessidades, prioridades e a forma de financiamento com a finalidade de garantir o direito à saúde do cidadão.

Desse modo, o contrato de ação pública, tripartite, deve ser firmado por entes federativos ordenados em regiões de saúde, as quais devem ser capazes de garantir um conjunto de serviços de baixa, média e alta complexidade, organizado mediante a conjugação de serviços, recursos financeiros, planejamento integrado dos entes federativos, sob o modelo de gestão compartilhada, negociável,

consensual, com direção única em cada esfera de governo, conforme preconiza a Constituição.

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (M&A)

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

Surge como uma estratégia viável a instituição de práticas de Monitoramento e Avaliação (M&A) das ações. A Avaliação do Plano Municipal de Saúde será realizada anualmente pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde e pelo Conselho Municipal de Saúde. As decisões sobre as ações desenvolvidas e a análise dos resultados obtidos servirão para adequação e reformulação do Plano Municipal de Saúde a qualquer tempo.

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

Corroborado com a iniciativa de M&A, a Lei Complementar nº 141/2012, traz a contribuição esquemática da forma como deve ser operada essa transparência, explicitando em seus artigos do 30 ao 42 como deve ser cumprido o processo de planejamento, monitoramento, controle, avaliação e auditoria dos subsistemas de saúde em suas esferas administrativas. Destaca-se os artigos 31 ao 36 da mesma Lei, onde são apregoados os mecanismos de prestação de contas, com temporalidade quadrimestral para o monitoramento e anual para a avaliação geral do cumprimento de cada PAS que compõe o PMS quadrienal. Fundamentalmente, tem-se dois elementos básicos: o Relatório Anual de Gestão (RAG) e os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA).

Os indicadores de saúde também são monitorizáveis através de exercícios durante a rotina de trabalho da gestão, quando no momento da apresentação do RDQA e por fim no RAG.

Portanto, o monitoramento será através de:

- • Relatório Anual de Gestão, utilizando os dados do sistema de informação em saúde;
- • Avaliação mensal da produção quantitativa e qualitativa dos profissionais vinculados ao Sistema de Saúde do município (avaliação de produtividade);
- • Audiências Públicas realizadas quadrimestralmente nos meses de fevereiro/maio/setembro;
- • Avaliação da qualidade dos serviços em saúde prestados na rede pública do Município, através de instrumentos próprios e de instrumentos instituídos pelo Ministério da Saúde;
- • Reuniões mensais com a equipe de trabalho visando repasse de informações sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, os indicadores e resultados obtidos, entre outros monitoramentos que se mostrarem pertinentes.

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

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde, instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde, refere-se a um período de governo de 04 anos (2018 a 2021) e constitui um documento formal da política de saúde do município.

A Formulação e o encaminhamento do Plano de Saúde são de competência exclusiva do Gestor, cabendo ao Conselho de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgarem necessárias.

Ressaltamos, ainda, que o debate constante deste plano e seus ajustes anuais, possam torná-lo um instrumento de uso contínuo a ser aperfeiçoado à luz das mudanças da realidade e na implantação do Decreto n.º 7508 e na efetivação da Lei Federal Complementar n.º 141, que enfatizam o planejamento de âmbito regional.