

VOL I

IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO RN

Observatório RH
NESC/UFRN



**IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO
DA SAÚDE NO RN
VOLUME I**

Organizadores
Cipriano Maia de Vasconcelos
Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro

Observatório RH
NESC/UFRN



Natal, outubro de 2008

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

José Ivonildo do Rêgo – Reitor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Ângela Maria Paiva Cruz – Vice-Reitora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Juarez da Costa Ferreira – Diretor do Centro de Ciências da Saúde

Ênio Ferreira de Miranda – Vice-Diretor do Centro de Ciências da Saúde

Elizabete Cristina Fagundes de Souza – Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

Lúcio Flávio de Souza Moreira – Vice-Coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

Produção do Livro

Capa

Falves Silva

Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica

Plena Comunicação

Revisão

Silvaneide Dantas

Normalização

Evânia Leiros de Souza

Divisão de Serviços Técnicos

Catologação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Implementação da regionalização da saúde no RN / Organização Cipriano
Maia Vasconcelos, Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro. – Natal, RN:
Observatório RH NESC/UFRN, 2008.

2 v.

ISBN 85-89399-04-3

Conteúdo: v. 1. Implementação da regionalização da saúde no RN; v. 2. Relatório.

1. Saúde – Rio Grande do Norte. 2. Saúde – Regionalização – Rio Grande do
Norte. I. Vasconcelos, Cipriano Maia. II. Pinheiro, Themis Xavier de Albuquerque.

RN/UF/BCZM

CDD 614.098132

CDU 614 (813.2)

Contato

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC

Fone/Fax (84) 3215-4328/3215-4325

www.nesc.ufrn.br

nesc@nesc.ufrn.br

O Projeto que trata esta publicação foi financiado pelo Ministério da Saúde, mediante assinatura da Carta
Acordo BR/LOA/0500130.001-OPAS/Representação do Brasil

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	11
------------------------------	-----------

2. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO RN: ORIGENS E EVOLUÇÃO.....	13
--	-----------

Divaneide Ferreira de Souza

Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro

3. CARACTERIZAÇÃO SOCIAL, ECONÔMICA, DEMOGRÁFICA, AMBIENTAL E CULTURAL DO RN	19
---	-----------

Aldo Aloísio Dantas da Silva

Márcia Araújo Barreto

Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro

Co-autores: Andrelúcia Cordeiro do Nascimento Silva

Carlos Eduardo Albuquerque Costa

Clélio de Oliveira

Divaneide Ferreira de Souza

Gladys Mirian Diógenes Fernandes

José Arimatéia da Silva

Lucy Mallori Medeiros de Araújo

Maria da Guia Bezerra

Maria Rosângela da Silva

Norma Lígia Dantas

Petrônio Spinelli

Sandra Regina Costa de Oliveira

Terezinha Guedes Rêgo de Oliveira

Valdimar Augusto de Medeiros

3.1. Condições Socioeconômicas	19
--------------------------------------	----

3.2. Características das Famílias e Domicílios	20
--	----

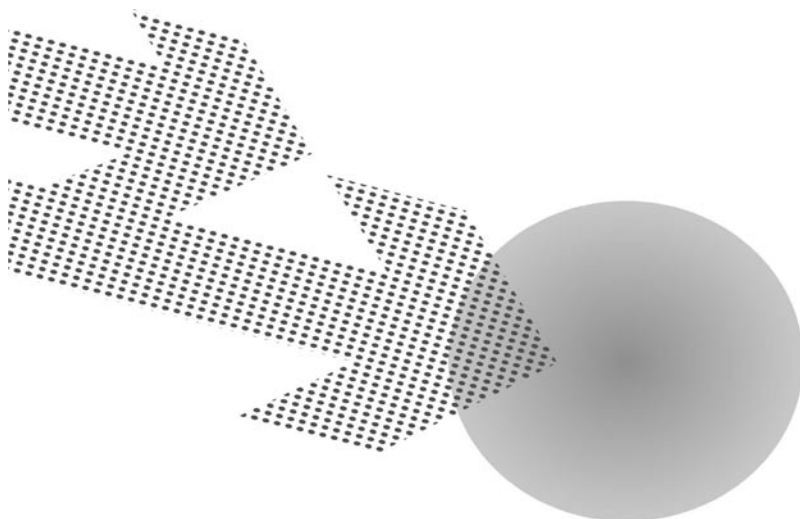
3.3. Condições de Moradia	21
---------------------------------	----

3.4. Caracterização Sociodemográfica	22
--	----

3.5. Análise das Informações por Unidades Regionais de Saúde/URSAP	34
3.6. Indicadores Demográficos por Unidade.....	37
3.7. Estrutura Etária e Sexual por Unidade.....	39
3.8. Indicadores socioeconômicos por Unidade.....	44
3.9. Base Econômica das Regiões Político Administrativos/URSAP.....	44
3.10. Aspectos Climáticos e do Relevo.....	46
3.11. Aspectos Culturais.....	50
4. O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	67
<i>Márcia Araújo Barreto</i>	
4.1. Análise de Nascimentos	68
4.2. Análise de Mortalidade	86
4.3. Análise de Morbidade	103
5. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	141
<i>Isa Maria Hetzel de Macedo</i>	
<i>Maurício Roberto Campelo de Macedo</i>	
<i>Rosana Maria Ferreira de Moura Lima</i>	
5.1. Organização da Rede de Atenção à Saúde	141
5.2. Estrutura, Produção e Consumo de Serviços de Saúde	143
5.3. Gestão do trabalho, Quadro de Pessoal e Educação Permanente em Saúde	198
5.3.1. Gestão do trabalho.....	198
5.3.2. Quadro de Pessoal	205
5.3.3. Educação Permanente.....	209
5.3.4. O permanente desafio da gestão do trabalho e da educação na saúde	214
5.4. Financiamento	215
5.4.1. Transferências Federais	216
5.4.2. Despesas Públicas com Saúde	232
5.4.3. Estrutura do Financiamento da Saúde no RN.....	254
5.5. Gestão Intergovernamental e os Processos de Co-Gestão no SUS- RN.....	258
5.5.1. Estrutura Administrativa	260
5.5.1.1. Estrutura Administrativa por URSAP.....	267
5.5.2. Aspectos Organizativo-Funcionais dos CMS.....	272
5.5.2.1. Aspectos Organizativo-Funcionais dos CMS por URSAP ...	279
5.5.3. Dinâmica Política da Ação dos Atores.....	295
5.5.3.1. Dinâmica Política da Ação dos Atores por URSAP	301

5.5.4. As Plenárias de CMS como Novo Espaço de Reflexão Regional sobre o Papel dos CMS ou uma Estratégia de Reforçar e Ampliar o Controle Social?	318
5.5.5. Análise da Situação das Comissões Intermunicipais de Saúde (CIS) no RN	321
5.5.6. Impressões sobre a Situação dos CMS e das CIS e suas Possibilidades de Contribuir para as Mudanças do SUS no RN	331
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	333
7. BIBLIOGRAFIA	339
8. ANEXOS	343
Dinâmica Política da Ação dos Atores	345
Lista de Siglas	353

CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DA
REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO
RIO GRANDE DO NORTE



1. APRESENTAÇÃO

O trabalho ora apresentado, “Uma caracterização da situação da regionalização da saúde no Rio Grande do Norte”, constitui um dos produtos esperados ou compromissos assumidos no âmbito do projeto “Apoio institucional à implementação da regionalização da saúde no RN”. Tal projeto foi objeto da Carta Acordo BR/LOA/0500130.001 celebrada entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde e executada através do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva-NESC.

O projeto teve como objetivo geral contribuir para a qualificação da gestão do Sistema Único de Saúde-SUS no RN, através do incremento da estratégia de regionalização do sistema de saúde, visando a melhorias na atenção à saúde da população.

Por conseguinte, este trabalho apresenta uma sinopse da situação de saúde do Rio Grande do Norte, com uma abordagem das particularidades das regiões de saúde¹, incluindo: aspectos sociais, econômicos, demográficos, ambientais e culturais; situação de saúde (perfil epidemiológico); caracterização do sistema de saúde.

Uma breve retrospectiva da origem e evolução do processo de regionalização da saúde no RN antecede a apresentação da caracterização, possibilitando uma melhor compreensão das seções adiante.

¹ As regiões-objeto de caracterização são aquelas instituídas pela SESAP ao longo dos anos 1970 e 1980.

Cabe destacar que este trabalho reúne a colaboração de profissionais de saúde atuantes nas equipes regionais, como também na equipe central da Secretaria Estadual de Saúde, além da equipe executora do NESC.

Algumas dificuldades na disponibilidade e apresentação das informações justificam limitações neste trabalho, pertinentes à insuficiência ou à apresentação de quadros parciais ou incompletos em algumas seções. Essa situação é emblemática e sinaliza a realidade do sistema de saúde, que se ressentir de pessoal, em quantidade e qualidade, além de outras restrições, para operar o sistema, inclusive no que se refere ao sistema de informações.

Em relação às dificuldades citadas, há de se considerar o valor deste produto obtido, levando em conta o conjunto atual das informações que reúne, constituindo um documento com potencial para ampla utilização no processo de regionalização e, no âmbito geral, do planejamento e avaliação do SUS no RN. Espera-se que a crítica e o debate em torno das informações e interpretações apresentadas possam motivar os sujeitos e contribuir para o avanço do conhecimento sobre a realidade de saúde e o desempenho do sistema de saúde no Rio Grande do Norte.

Cipriano Maia Vasconcelos

Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro

Organizadores

2. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO RN: ORIGENS E EVOLUÇÃO

O processo de regionalização da saúde no RN teve início no ano de 1975, com a elaboração do projeto pela equipe técnica da Secretaria Estadual de Saúde, sob a supervisão e orientação de técnicos da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste-SUDENE e Organização Panamericana de Saúde-OPAS. O modelo proposto contemplava os estados do Polígono das Secas, instituído pela SUDENE, e tinha como objetivo descentralizar a administração para promover um atendimento mais imediato às comunidades, de forma regionalizada, e assim melhorar os índices de saúde.

Em 1975, o estado estava dividido em 150 municípios distribuídos em 5 regiões administrativas, com uma população de aproximadamente 2 milhões de habitantes e uma densidade demográfica de 36,7 habitantes por km². A composição das regiões de saúde assim se constituía: primeira região, o Litoral Oriental, com 24 municípios e sede em Natal; segunda região, os Vales Ocidentais, com 53 municípios e sede em Mossoró; terceira região, o Litoral Setentrional, com 16 municípios e sede em João Câmara; a quarta região, o Seridó, com 25 municípios e sede em Caicó; e a quinta região, o Agreste, com 32 municípios e sede em Santa Cruz.

Para caracterizar as regiões de saúde no estado foram utilizados critérios técnicos, econômicos, geográficos e administrativos, como: população, renda, infra-estrutura, transporte, comunicação, distância e fluxo entre as cidades. Outros fatores foram considerados, como: a divisão do estado em regiões de desenvolvimento, unidades especiais de desenvolvimento e zonas

homogêneas. Não foram consideradas as características sanitárias e epidemiológicas, visto que no período não existiam dados que pudessem subsidiar estudos nessas áreas.

Na definição das regiões de saúde foi considerada a polaridade vigente na conformação das regiões administrativas do estado, e os municípios-pólos assumiram a condição de sede das Diretorias Regionais. Contudo, ao longo do tempo, ocorreu o desmembramento com a criação de novas regiões. O litoral oriental foi dividido em duas regiões: a Metropolitana, com sede em Natal, e a Primeira, com sede em São José de Mipibu. Outro desmembramento ocorreu na região dos Vales Ocidentais, ficando a Segunda região com sede em Mossoró, e a Sexta com sede em Pau dos Ferros.

Essas regiões foram denominadas de Diretorias Regionais de Saúde e possuíam uma estrutura composta por: Diretoria, Setor Administrativo, Centro de Treinamento, Almoxarifado e Assessoria Técnica Regional. As Diretorias estavam diretamente subordinadas a uma Coordenação no nível Central da Secretaria de Saúde Pública-SESAP. As idéias que moviam a regionalização estavam assentadas na descentralização administrativa da Secretaria de Saúde, na interiorização do processo de decisão para maior resolução dos problemas regionais e dinamização da assistência, com melhor utilização dos recursos disponíveis e custos mais reduzidos. Ademais, destacam-se as competências das regionais para coordenação e supervisão das ações de saúde no nível local. As equipes regionais estavam assim constituídas: médicos, enfermeiros, odontólogos, inspetor de saneamento e pessoal administrativo, sendo acrescidas de outras categorias profissionais, com o passar dos anos. A seleção dava-se com base em critérios de qualificação e experiência profissional. Para o cargo de diretor exigia-se a qualificação de sanitarista.

Nesse período, implantavam-se no estado, sob gerência da SESAP, projetos nacionais estruturantes, como o Programa de Interio-

rização dos Serviços de Saúde-PIASS, atingindo estados do Nordeste e norte de Minas Gerais, com o propósito de intensificar as ações de atenção primária. O Projeto Nordeste garantia a expansão dessas ações e serviços com a criação de uma rede regionalizada e hierarquizada, que respondesse às demandas da população, tendo como meta reduzir os índices de mortalidade infantil e materna, combater as doenças parasitárias e transmissíveis, aumentar as coberturas vacinais, além de garantir assistência hospitalar. Para tanto, foi necessária a construção de Unidades de Saúde, de Postos de Saúde e Hospitais Regionais, respeitando uma hierarquia de serviços de saúde: primário, secundário e terciário, sob gestão e gerência da SESAP, que as coordenava através das Diretorias Regionais. Aconteceram, também, consultorias através de cooperação técnica do Ministério da Saúde-MS e Organização Pan-americana de Saúde-OPAS, sobre Sistemas Locais de Saúde-SILOS, processo de territorialização e distritalização, iniciando as discussões acerca de municipalização no estado.

Com o processo de municipalização dos serviços de saúde, ocorreu o redirecionamento do papel das Diretorias Regionais. A princípio, verificaram-se mudanças na estrutura organizacional, e as Diretorias passaram a denominar-se, em 1995, Escritórios Técnicos de Apoio aos Municípios-ETAM. Além disso, foram criadas mais três estruturas regionais, com sede nos municípios de Currais Novos, Assu e Patu, totalizando nove escritórios, porém, na prática, essas novas estruturas não funcionaram.

Ocorre que o processo de municipalização se ressentia de melhor aparelhamento técnico e administrativo da Secretaria de Saúde. Nesse sentido, para que os ETAM pudessem apoiar e corresponder mais às demandas dos municípios, a Secretaria, em 2001, dotou-os de autonomia administrativa e financeira. Nessa ocasião, promoveu nova mudança de nomenclatura, passando os Escritórios à denominação de

Unidades Regionais de Saúde Pública-URSAP, através do decreto nº 15419 de abril de 2001, publicado no Diário Oficial do Estado. Essas unidades, em número de 6 (seis), permanecem funcionando até os dias de hoje.

Por sua vez, às URSAP juntaram-se outras disposições de divisões da operação do sistema de saúde verificadas em 2001², quando a Secretaria de Saúde implantou inovações adequando-se às diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde definidas pela Norma de Assistência à Saúde-NOAS 01/2001. A regionalização do estado passou por alterações que se traduziram no Plano Diretor de Regionalização-PDR do RN e assim se conformou: 3 (três) macrorregiões, 15 (quinze) microrregiões e 28 (vinte e oito) módulos assistenciais, que foram aprovados na Comissão Intergestores Bipartite-CIB e referendados no Conselho Estadual de Saúde. Posteriormente, foi criada uma quarta macrorregião, com sede no município de Pau dos Ferros, ocorrendo, também, a extinção de dois módulos assistenciais, que ficaram em número de 26.

Vale esclarecer que, em 2001, o RN já contava com 167 municípios.

A seguir, o detalhamento do desenho do PDR do RN.

REGIÕES NA NOAS-SUS/01/2001:

- 4 macrorregiões
- 15 microrregiões
- 26 módulos assistenciais

² Em 2000 a SESAP formulou uma proposição em que dividiu o estado em 3 macrorregiões com sede nos municípios de Natal, Mossoró e Caicó, e 21 microrregiões, contudo não colocou em operação.

ESPECIFICAÇÃO DAS MACRORREGIÕES:

- NATAL - 79 municípios e 8 microrregiões :
- GRANDE NATAL com 12 municípios e 5 módulos assistenciais
- POTENGI com 8 municípios e 1 módulo assistencial
- TRAIRI com 11 municípios e 2 módulos assistenciais
- LITORAL SUL com 14 municípios e 2 módulos assistenciais
- LITORAL NORTE com 13 municípios e 2 módulos assistenciais
- AGRESTE com 13 municípios e 2 módulos assistenciais
- CABUGI com 6 municípios e 1 módulo assistencial
- SALINEIRA com 2 municípios e 1 módulo assistencial
- MOSSORÓ - 26 municípios e 3 microrregiões:
- VALE DO ASSU com 11 municípios e 1 módulo assistencial
- OESTE POTIGUAR com 9 municípios e 1 módulo assistencial
- MÉDIO OESTE com 6 municípios e 2 módulos assistenciais
- PAU DOS FERROS - 37 municípios e 2 microrregiões:
- ALTO OESTE com 25 municípios e 2 módulos assistenciais
- SERRAS ÚMIDAS com 12 municípios e 2 módulos assistenciais
- CAICÓ - 25 municípios e 2 microrregiões:
- SERIDÓ ORIENTAL com 13 municípios e 1 módulo assistencial
- SERIDÓ OCIDENTAL com 12 municípios e 2 módulos assistenciais

3. CARACTERIZAÇÃO SOCIAL, ECONÔMICA, DEMOGRÁFICA, AMBIENTAL E CULTURAL DO RN

3.1 Condições Socioeconômicas

O Rio Grande do Norte vem se consolidando como um pólo de desenvolvimento baseado em várias vertentes. Na agricultura, a fruticultura irrigada, que mesmo já se constituindo na principal atividade agrícola do estado utiliza apenas 10% das terras aproveitáveis para esse fim. Na pesca, a carcinicultura vem despertando o interesse de muitos investidores há alguns anos, atraídos pela alta produtividade e fácil comercialização do camarão criado em cativeiro. Atualmente, esse produto já detêm a 2ª posição na pauta de exportação estadual, muito próximo da liderança que deverá ser alcançada em decorrência da intensa demanda de empreendedores por essa atividade e da existência de extensas áreas a serem exploradas. Na pecuária, a caprinovinocultura tem se mostrado uma atividade bastante resistente para as condições da região do semi-árido, presente em mais de 90% do território potiguar. Contrariamente ao rebanho bovino, que sofre perdas significativas em períodos de estiagem, os caprinos e ovinos se adaptam com mais facilidade a essas situações, ensejando custos menores e se constituindo numa alternativa para o homem do campo. Com a expansão da caprinovinocultura, usinas de beneficiamento de leite e abatedouros industriais têm sido instalados ou ampliados, dinamizando esse novo mercado alternativo para as regiões castigadas por longos períodos de estiagem.

Na extrativa mineral que reúne a produção de sal, petróleo, gás natural, calcáreo e outros minerais, abrem-se novas oportunidades para implantação de indústrias nos setores químico, petroquímico, de fertilizantes e metalúrgico, permitindo a produção em escalas economicamente viáveis de barrilha, soda cáustica, magnésio metálico, vidro, cerâmica, cimento, carbonato de cálcio, cloreto de potássio, uréia, sulfato de potássio, sulfato de amônia e plástico, entre outros. Além desses segmentos da indústria de transformação que utilizam como insumos produtos da indústria extrativa mineral, o setor têxtil vem passando por um período de crescimento em suas atividades, em decorrência da abertura de novos mercados, inclusive o internacional, que, além de gerar divisas para o país, promove, dentro das empresas, uma melhoria da qualidade de seus produtos, com o objetivo de torná-los mais competitivos no mundo globalizado.

O turismo é a atividade que mais tem divulgado o RN no país e no exterior. Poucos estados têm apresentado um crescimento tão significativo nessa área. Com uma extensa área litorânea, sol, dunas, lagoas e belas praias, além de uma rica gastronomia e sua cultura popular, o estado vai transformando-se em um dos principais portões de entrada do turismo internacional. O interior, com seus sítios arqueológicos, seus grandes reservatórios d'água (Barragem Armando Ribeiro Gonçalves, com 2,4 bilhões de m³), suas regiões serranas, suas áreas de mineração e seu rico artesanato, serve de atrativo para potenciais empreendedores e coloca o estado como um dos mais promissores, do ponto de vista econômico, dentro da região Nordeste.

3.2 Características das Famílias e Domicílios

O percentual de chefes de domicílio do RN com renda de até 1 salário mínimo atinge aproximadamente 40% destes. A maior concentração deles está nas faixas de renda de até 2 salários mínimos, constituindo 58,6%.

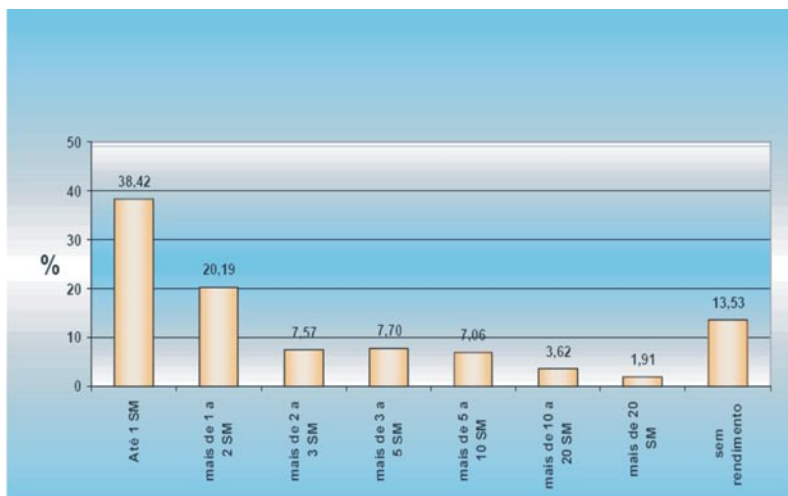


Gráfico 1. RIO GRANDE DO NORTE

Domicílios particulares, segundo rendimento do chefe do domicílio - 2000

Fonte: IBGE/IDEMA

3.3 Condições de Moradia

Os dados revelam uma melhoria significativa nas condições de moradia da população norte-rio-grandense nos últimos nove anos. Entretanto, identifica-se ainda a precariedade dos sistemas de esgotamento sanitário, com 47,5% dos domicílios ainda utilizando fossa rudimentar e apenas 16,5% ligados à rede geral de esgotos. Quanto à existência de banheiro ou sanitário, constata-se que 10% dos domicílios não dispõem dessas instalações, ficando a população mais exposta ao contágio e à proliferação de doenças causadas por condições inadequadas de higiene.

Com relação ao destino do lixo constata-se uma melhoria nesse tipo de serviço, muito embora ainda não seja satisfatória, uma vez

que 26,3% dos domicílios dão aos resíduos outros destinos que não a coleta organizada.

Dentre as melhorias alcançadas, merece destaque a ampliação da rede geral de abastecimento d'água, que atende hoje a 78% dos domicílios do Rio Grande do Norte.

Tabela 1. RIO GRANDE DO NORTE

Domicílios particulares permanentes, segundo algumas características - 2000

Algumas Características dos domicílios	Domicílios Particulares Permanentes	
	1991	2000
Abastecimento de d'água		
Rede Geral	62,7	78,2
Poço/Nascente	8,1	2,0
Outra Forma	13,6	15,1
Esgotamento Sanitário		
Rede Geral de Esgoto	7,0	16,5
Fossa Séptica	30,0	24,3
Fossa Rudimentar	36,1	47,5
Outra Forma ou sem Instalação	2,0	11,6
Sem Declaração	24,9	0
Destino do Lixo		
Coleta Serviço de Limpeza	52,8	68,2
Colocado em Caçamba	4,4	5,5
Outro	42,7	26,3

Fonte: IBGE/IDEMA

3.4 Caracterização Sociodemográfica

O estado do Rio Grande do Norte possui 2.780.015 habitantes, concentrando 2.036.673 na área urbana, o que significa 73,35% de sua população total. Observa-se que a população

rural, que até a década de 70 era superior à urbana, atualmente equivale somente a 26,65% dessa população. Enquanto a população urbana quase triplicou nos últimos 30 anos, a rural foi reduzida de 812,9 a 740,1 mil habitantes no mesmo período. A série histórica revela uma migração crescente campo-cidade a partir de 1970, sendo que no período 1991-2000 esse fenômeno ocorreu de forma mais lenta, provavelmente em decorrência dos programas de assentamento rural, que incentivam e viabilizam a permanência do homem no campo.

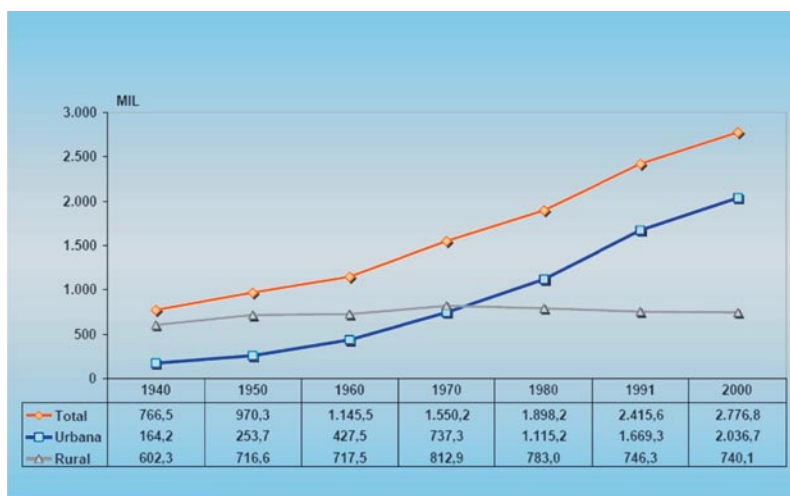


Gráfico 2. RIO GRANDE DO NORTE
Evolução da população - 1940/2000

Fonte: IBGE/IDEMA

O grau de urbanização do estado, entre 1970/2000, vem ocorrendo de forma crescente e acelerada, tal como observado na maioria dos estados brasileiros.

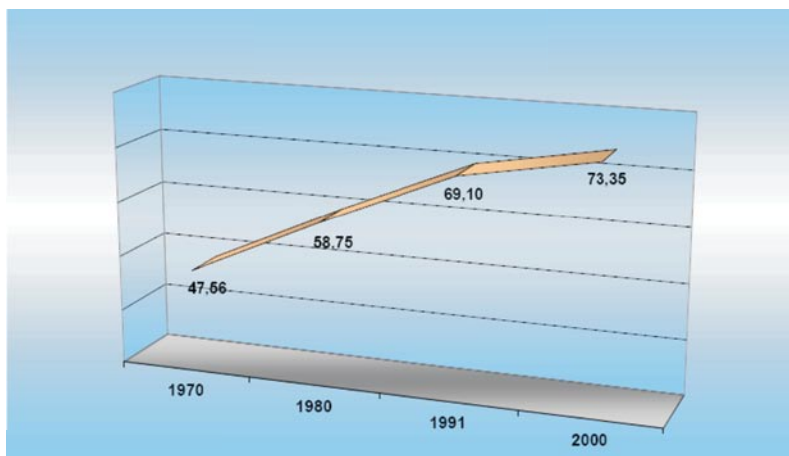


Gráfico 3. RIO GRANDE DO NORTE

Grau de urbanização - 1970/2000

Fonte: IBGE/IDEMA

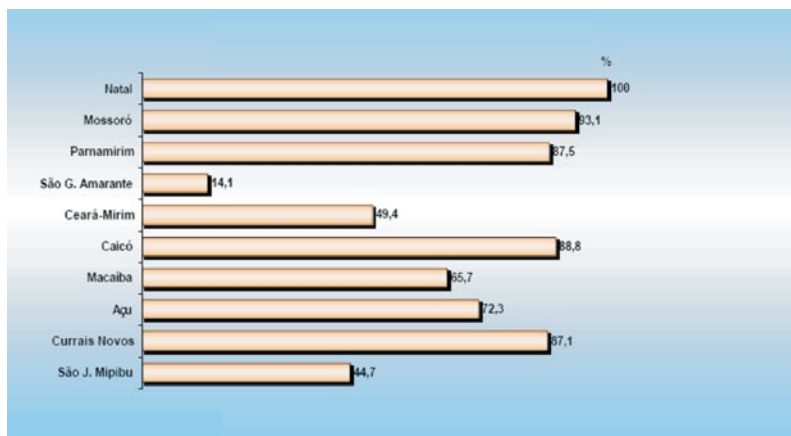


Gráfico 4. RIO GRANDE DO NORTE

Taxa de urbanização dos municípios mais populosos - 2000

Fonte: IBGE/IDEMA

O ritmo de crescimento da população do estado desacelerou-se na última década, baixando de 2,22%, entre 1980 e 1991, para 1,58% na década seguinte. Essa queda vem ocorrendo menos pela emigração que tem se reduzido bastante e mais pela queda da fecundidade das mulheres norte-rio-grandenses de todos os estratos sociais. Os programas integrados de saúde da mulher, bem como a sua crescente inserção no mercado de trabalho, são responsáveis por essas mudanças.

No que diz respeito à população urbana, observa-se que nas últimas décadas ela vem apresentando um ritmo de crescimento bem superior ao da população total, registrando-se no período 1991/2000 uma taxa de 2,26%. Já a taxa de crescimento da população rural apresentou-se negativa nesse mesmo período.

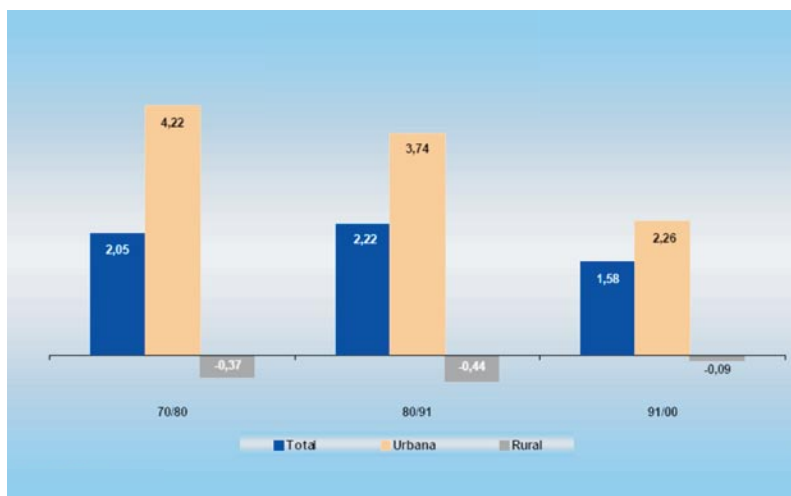


Gráfico 5. RIO GRANDE DO NORTE
Taxa de crescimento da população - 1970/2000

Fonte: IBGE/IDEMA

A densidade populacional do estado como um todo vem aumentando ao longo dos anos em virtude do contínuo crescimento da população, como se pode observar no Gráfico 1. No entanto, ela encontra-se distribuída de forma irregular na sua área territorial, concentrando-se no Litoral Oriental e apresentando densidades demográficas que variam de 4.212,4 hab/km² em Natal (capital do estado) a 5,3 hab/km², no município de Galinhos. Veja no gráfico abaixo a evolução da densidade demográfica, no período 1970 a 2000, que atualmente é de 52,3 hab/km².

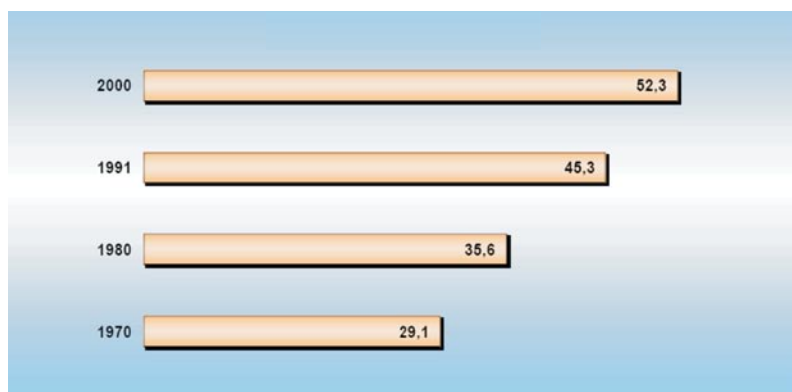


Gráfico 6. RIO GRANDE DO NORTE

Densidade demográfica (hab/km² - 1970/2000)

Fonte: IBGE/IDEMA

Observa-se, no gráfico a seguir, que a concentração populacional no estado vem ocupando uma área cada vez mais reduzida. No ano 2000, metade da população ocupa somente 12,83% da

área territorial norte-rio-grandense, sendo que 75% dessa população está concentrada na Região Metropolitana de Natal. Em 1970, essa região abrigava 43,23% da metade da população, que por sua vez ocupava 27,33% da área estadual.

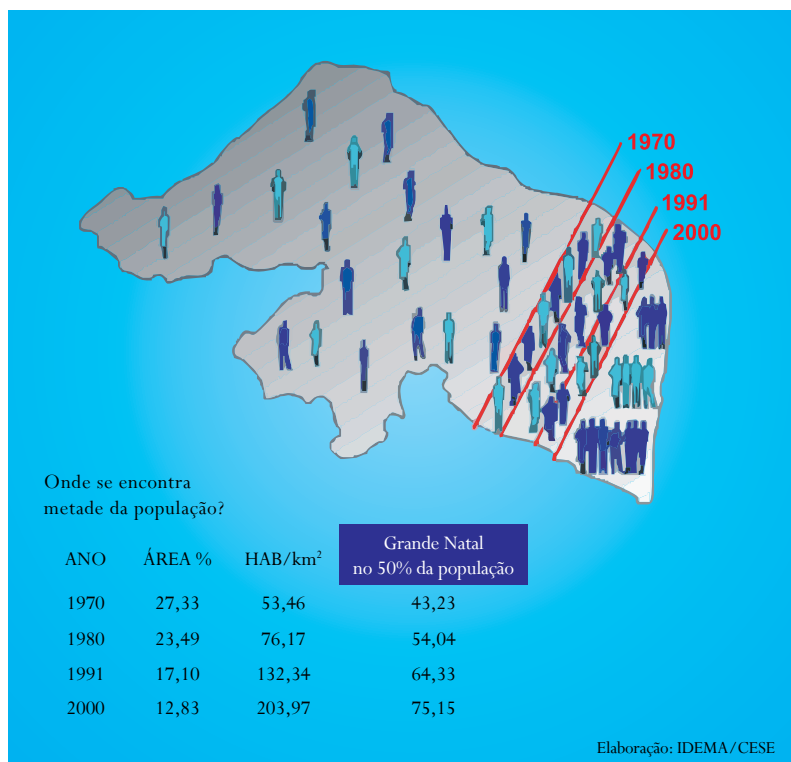


Gráfico 7. RIO GRANDE DO NORTE

Deslocamento e concentração da população - 1970/2000

Fonte: IBGE/IDEMA

A Região Metropolitana de Natal³ abriga 1.043.321 habitantes em apenas seis municípios, representando 37,57% da população total do estado. A área desses municípios soma 1.906,5 km², correspondendo a somente a 3,59% do território estadual, o que confere à região metropolitana uma densidade demográfica de 547,24 hab/km². Com características tipicamente urbanas, a região constitui o principal pólo industrial e de serviços, concentrando inclusive as atividades administrativas, uma vez que inclui, entre seus municípios, a capital do estado.

Tabela 2. GRANDE NATAL
População, área e densidade demográfica - 2000

Municípios	População	Área	Densidade Demográfica
Natal	712.317	169,1	4.212,4
Extremoz	19.572	134,7	145,3
Ceará-Mirim	62.424	726,3	85,9
São Gonçalo do Amarante	69.435	260,5	266,5
Macaíba	54.884	489,8	112,1
Parnamirim	124.690	126,1	988,8
TOTAL	1.043.321	1.906,5	547,2

Fonte: IBGE/IDEMA

O Rio Grande do Norte concentra metade da sua população urbana em apenas três cidades com população superior a 100 mil habitantes: Natal (capital do estado), Mossoró e Parnamirim. Grande parte dos

³ Com a criação pelo Governo do Estado do RN da Região Metropolitana de Natal, também identificada com a terminologia de Grande Natal, não se verificou a criação de uma região administrativa de saúde correspondente. Todavia, na produção de informações de saúde, foi-se estabelecendo uma organização de registros, de modo a refletir este novo recorte geográfico-populacional.

serviços disponíveis para a população norte-rio-grandense está concentrada em Natal e Mossoró, que se constituem cidades-pólo no leste e oeste do estado, respectivamente. Das 166 cidades existentes em 2000, 97 delas têm até cinco mil habitantes e, somadas, concentram apenas 11,9% da população urbana do RN.

Tabela 3. RIO GRANDE DO NORTE
Distribuição das cidades e habitante, segundo o tamanho das cidades - 2000

Tamanho das cidades (em mil habitantes)	Cidades		População	
	N.º	%	N.º	%
Acima de 100	3	1,8	1.020.537	50,1
Mais de 10 até 100	22	13,3	462.382	22,7
Mmais de 5 até 10	44	26,5	312.497	15,3
Mais de 2 até 5	63	38,0	194.794	9,6
Até 2	34	20,5	46.463	2,3
TOTAL	166	100,0	2.036.673	100,0

Fonte: IBGE/IDEMA

Quanto à fecundidade, o estado do Rio Grande do Norte apresentou, no período de 1992/99, um declínio nas suas taxas de fecundidade total, acompanhando uma tendência do país, que registrou no ano de 1999 uma proporção de 2,5 filhos por mulher. Observa-se também nesse período uma expressiva melhoria nos índices de mortalidade com o aumento da esperança de vida ao nascer, e a redução da mortalidade infantil.

A taxa de mortalidade infantil apresentou um significativo decréscimo nos últimos sete anos, chegando a 48,7 por mil nascidos vivos em 1999, representando a segunda maior redução dentre os estados do país. Apesar desse declínio, a taxa ainda supera a dos estados das Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste,

que são inferiores a 30 por mil, refletindo, assim, as grandes desigualdades regionais e socioeconômicas que continuam existindo no Brasil.

No período de 1992/99 a esperança de vida ao nascer aumentou 2,3 anos. Observando esse fenômeno por sexo, constata-se que a esperança de vida feminina é superior à masculina em 6,4 anos. A maior expectativa de vida elevou a idade mediana da população estadual de 20,1 anos em 1991 para 22,8 em 2000.

Tabela 4. RIO GRANDE DO NORTE
Alguns componentes da dinâmica demográfica - 1992/1999

Especificação	1992	1999
Taxa de Fecundidade Total (1)	3,0	2,5
Taxa de Mortalidade Infantil (2)	67,3	48,7
Esperança de Vida ao Nascer (3)		
Total	63,8	66,1
Homem	60,7	63,0
Mulher	67,0	69,4

Fonte: IBGE/IDEMA

(1) Número de filhos por mulher

(2) Por mil nascidos vivos

(3) Número de anos

A estrutura etária da população do estado em 2000 reflete a queda da fecundidade que vem declinando paulatinamente e provoca o estreitamento da base da pirâmide, diminuindo a proporção de crianças e jovens. Já a redução da mortalidade tem como consequência a elevação da expectativa de vida, provocando o alargamento do topo da pirâmide, em decorrência de um significativo aumento da participação da população de 70 anos ou mais.

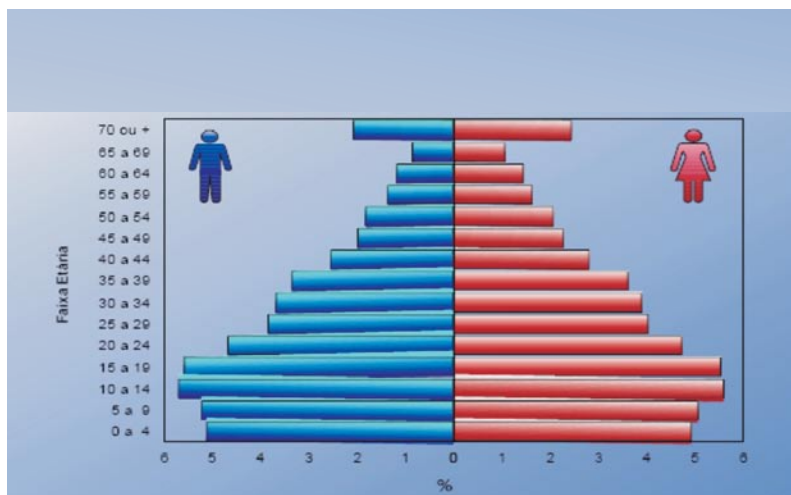


Gráfico 8. RIO GRANDE DO NORTE

Pirâmide etária da população - 2000

Fonte: IDEMA/CESE (Dados básicos: IBGE, Censo Demográfico 2000)

Dos grandes grupos etários, população jovem, adulta e idosa, observa-se que o contingente da população de 0 a 14 anos de idade vem se reduzindo rapidamente. Em contrapartida, a população de 15 a 64 anos e de 65 anos ou mais vem aumentando gradativamente. Entretanto, o estado ainda apresenta características de uma população jovem, porém com tendências ao envelhecimento. Em 1991, para cada grupo de 100 crianças existiam 16 idosos. Em 2000, para cada 100 menores de 15 anos de idade existiam 20 pessoas com 65 anos ou mais de idade, o que demonstra um expressivo aumento no valor desse indicador de envelhecimento.

Esse índice deverá continuar crescendo no estado a partir da diminuição da proporção da população jovem, segundo sugerem estimativas atualmente disponíveis.

A diminuição da população de 0 a 14 anos e o crescimento da população de 15 a 64 anos de idade, população em idade ativa, contribui para a redução da Razão de Dependência Juvenil no estado.

Tabela 5. RIO GRANDE DO NORTE
Distribuição etária dos grupos populacionais- 1960/2000

Grandes Grupos Populacionais	Distribuição				
	1960	1970	1980	1991	2000
0 a 14 anos	43,54	45,12	41,47	37,33	31,61
15 a 64 anos	52,86	50,91	53,40	56,75	61,99
65 anos ou mais	3,60	3,97	5,13	5,92	6,41
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE/IDEMA

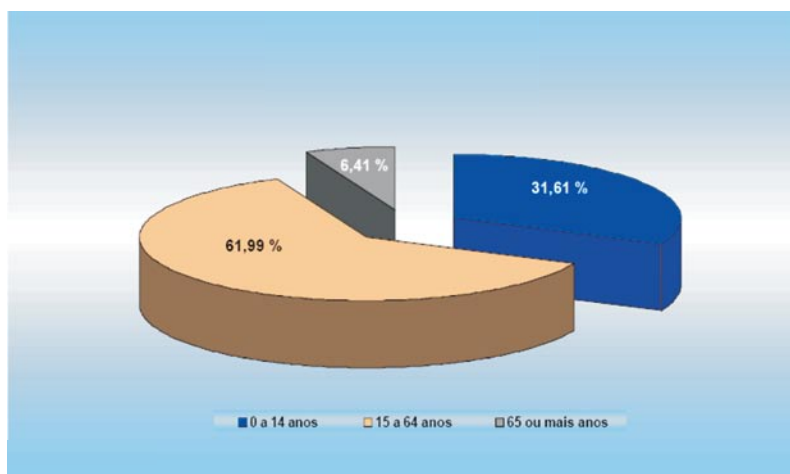


Gráfico 9. RIO GRANDE DO NORTE
Grande grupos populacionais - 2000

Fonte: IBGE/IDEMA

A relação entre a população que em termos etários pertence à condição de inativa (grupos de 0 a 14 e 65 anos ou mais de idade) e o contingente em idade ativa (15 a 64 anos de idade) permite estabelecer o indicador Razão de Dependência Total, que denota, em linhas gerais, o peso dos jovens e dos idosos sobre o segmento populacional que, em princípio, está exercendo alguma atividade produtiva. O Censo 2000 revelou para o estado uma Razão de Dependência Total de 61,32%.

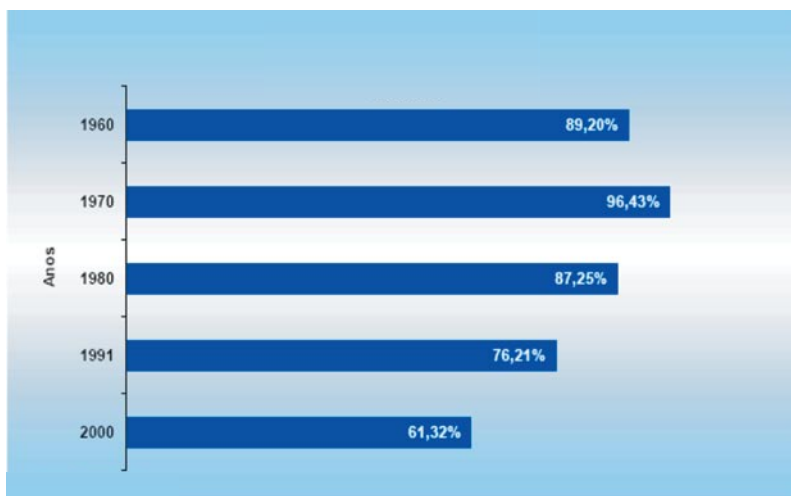


Gráfico 10. RIO GRANDE DO NORTE
Razão de dependência total - 1960/2000

Fonte: IBGE/IDEMA

Para o futuro, a Razão de Dependência em relação aos jovens tende a diminuir, enquanto que em relação aos idosos tenderá a aumentar, sendo que esta tem um custo muito mais significativo para a população ativa.

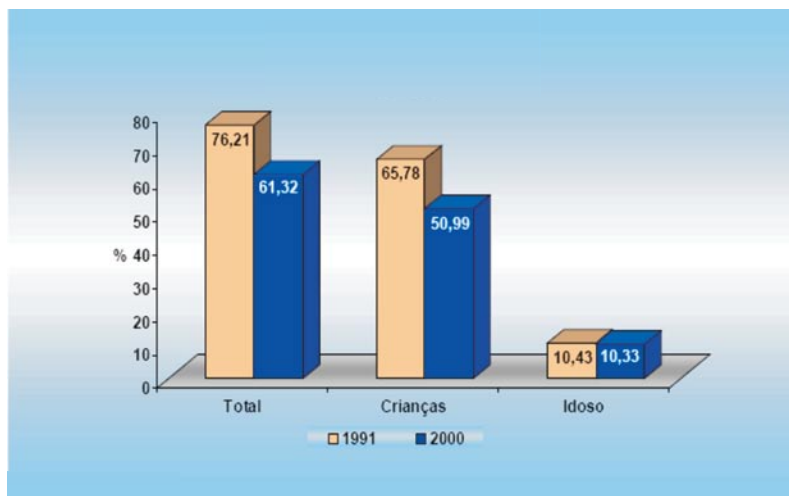


Gráfico 11. RIO GRANDE DO NORTE

Razão de dependência - 1991/2000

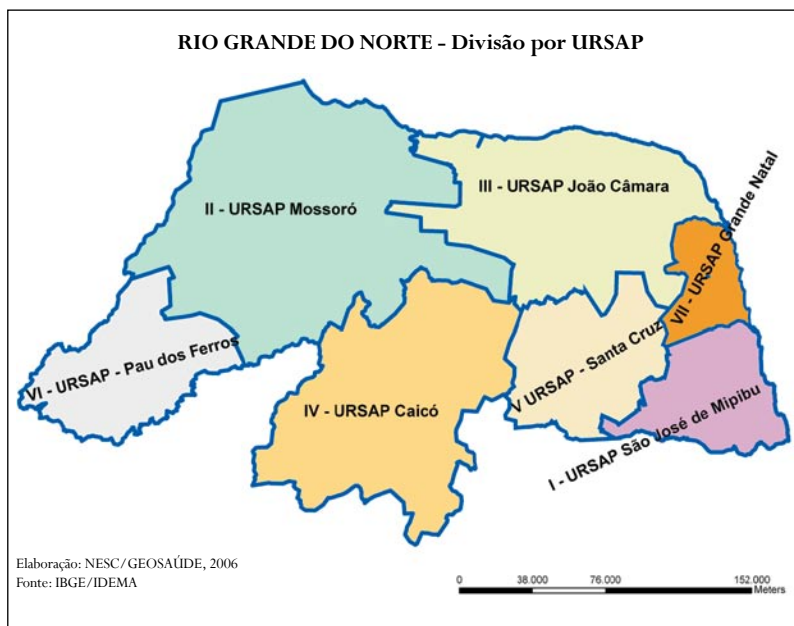
Fonte: IBGE/IDEMA

3.5 Análise das Informações por Unidades Regionais de Saúde/URSAP

As URSAP são estruturas administrativas regionalizadas regulamentadas pelo Decreto Estadual nº 15419 de abril de 2001, com a finalidade de supervisionar, coordenar e assessorar os serviços de saúde pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde e/ou município, na área de sua abrangência.

A Secretaria de Estado de Saúde conta atualmente com 6 Unidades Regionais de Saúde – URSAP. No mapa abaixo se observa uma VII URSAP, que corresponde à Grande Natal, uma vez que este recorte populacional foi considerado relevante nesta caracterização e foi possível obter os dados pesquisados. No entanto, cabe esclarecer

que tal desenho não representa a situação legal vigente, uma vez que, o Decreto Estadual nº 15419/2001 não efetivou ajuste em relação à lei complementar nº 152, de 16.01.1997, que cria a Região Metropolitana ou Grande Natal.



São 167 municípios que compõem o Rio Grande do Norte/RN, cuja população em 2000 era de 2.780.015 habitantes, distribuídos nas seis Unidades Regionais (USARP), mais a região metropolitana de Natal. A I URSAP com 312.963 habitantes para seus 27 municípios, com sede em São José do Mipibu; a II URSAP com 504.040 habitantes para seus 26 municípios, com sede em Mossoró; a III URSAP com 229.356 habitantes para seus 25 municípios, com sede em João Câmara; a IV URSAP com 282.098 habitantes para seus 25 municípios, com sede em Caicó;

a V URSAP com 170.060 habitantes para seus 21 municípios, com sede em Santa Cruz; a VI URSAP com 234.971 habitantes para seus 37 municípios, com sede em Pau dos Ferros e, finalmente, a GRANDE NATAL, com 1.043.321 habitantes para os seus 6 municípios, com sede em Natal.

Os municípios do estado do RN, em sua grande maioria (64,67%), não ultrapassam 10.000 habitantes (Tabela abaixo).

Tabela 6 . População do Rio Grande do Norte por Unidade Regional de Saúde - 2005

Região	< 5000 hab	5.000- 10.000 hab	10.000- 20.000 hab	20.000- 50.000 hab	50.000- 100.000 hab	> 10.000 hab	TOTAL
I URSAP n.º	6	9	6	6	0	0	27
%	22	33,33	22,22	22,22	0,00	0,00	100,0
II URSAP n.º	6	8	7	3	1	1	26
%	22,08	30,77	26,92	11,54	3,85	3,85	100,0
III URSAP n.º	8	9	5	3	0	0	25
%	32,0	36,00	20,00	12,00	0,00	0,00	100,0
IV URSAP n.º	7	8	7	2	1	0	25
%	28,00	32,00	28,00	8,00	4,00	0,00	100,0
V URSAP n.º	7	9	4	1	0	0	21
%	33,3	42,86	19,05	4,76	0,00	0,00	100,0
VI URSAP n.º	22	9	4	2	0	0	37
%	59,46	24,32	10,81	5,41	0,00	0,00	100,0
GN n.º	0	0	0	1	3	2	6
%	0,00	0,00	0,00	16,67	50,00	33,33	100,0
Total n.º	56	52	33	18	5	3	167
%	33,53	31,14	19,76	10,77	2,99	1,80	100,00

Fonte: IBGE

3.6 Indicadores Demográficos por Unidade

URSAP	Número de municípios	População total	População urbana	Densidade demográfica	Razão de sexo	Crescimento médio anual	Taxa de fecundidade geral	Taxa bruta de natalidade
RN	167	2780015	73,26	172,43	101,02	1,31	3,00	18,59
I URSAP	27	312963	54,46	89,38	102,35	0,75	3,51	23,05
II URSAP	26	504040	76,62	26,68	102,10	0,85	2,67	16,05
III URSAP	25	229356	51,44	24,85	104,93	4,17	3,36	18,36
IV URSAP	25	282098	71,82	26,49	99,85	1,06	2,60	15,59
V URSAP	21	170060	61,93	39,17	102,07	1,05	3,35	18,52
VI URSAP	37	234971	60,69	26,49	99,85	1,06	2,60	15,59
GN	6	1043321	87,37	973,94	95,99	0,21	2,95	22,96

Fonte: IBGE, 2000

A observação dos dados referentes à população total por URSAP, revela uma grande concentração na unidade VII (Grande Natal), mais de um milhão de pessoas, seguida pela unidade II (Mossoró), com cerca de 500 mil pessoas, refletindo, como já foi assinalado anteriormente, uma grande concentração na regional de Natal. Essa desigualdade se repete no tocante à população urbana, que na Unidade VII é de 87,37% e na Unidade III, 51,44%.

A população urbana tem uma média variada quando se consideram as diversas unidades, uma vez que a mais urbanizada dispõe de índice de 87,37% de urbanização, enquanto existe unidade com índice de 51,44% de população urbana. Ao se considerar o índice de urbanização em seu conjunto, nota-se que 2 das 7 unidades têm

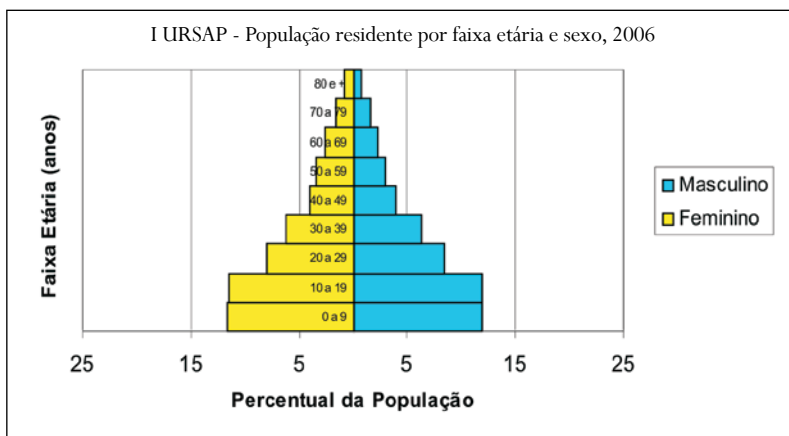
cerca de 50% de sua população no campo, 2 contam com cerca de 40%, e 2 com 30% de população rural, e apenas a região da Grande Natal com cerca de 13% de sua população em zona rural. Esses índices demandam iniciativas de políticas voltadas para populações residentes em áreas rurais e representam um alerta no tocante ao problema da acessibilidade dessas populações aos serviços de saúde. Além disso, são conhecidas as diferenças entre as populações do campo e da cidade e suas demandas diversificadas. As populações rurais têm dificuldade de acesso à escola e a outros setores em geral, o que agrava ainda mais suas condições de saúde. Um outro problema que atinge principalmente populações rurais são os agrotóxicos. Os problemas resultantes da exposição de populações rurais e urbanas aos agrotóxicos ainda não têm recebido a devida atenção de estudiosos e de gestores públicos. Outro elemento que demanda preocupação é o acesso à água, o que nas populações do campo se transforma num problema ainda pior. Quando não é a escassez, essas populações se deparam com os riscos provenientes da má qualidade da água.

No tocante à densidade demográfica se tem também grandes desigualdades e, mais uma vez, é a unidade da Grande Natal que conta com maior densidade, 973,94 hab/km², enquanto as demais não ultrapassam os 40 hab/km². Isso se revela um grande problema à medida que a concentração na Unidade da Grande Natal, onde se encontra a maior densidade, sofre grande pressão de demanda, atendendo a população de sua área e das demais unidades. A baixa densidade verificada nas outras unidades não se reverte em melhor atendimento, pois o acesso nem sempre é fácil, e também existe aí baixa densidade de equipamentos. O crescimento médio anual nas URSAP varia de 0,21 a 1,06, excetuando a unidade III, com um crescimento de 4,17, o que reflete o grande contingente

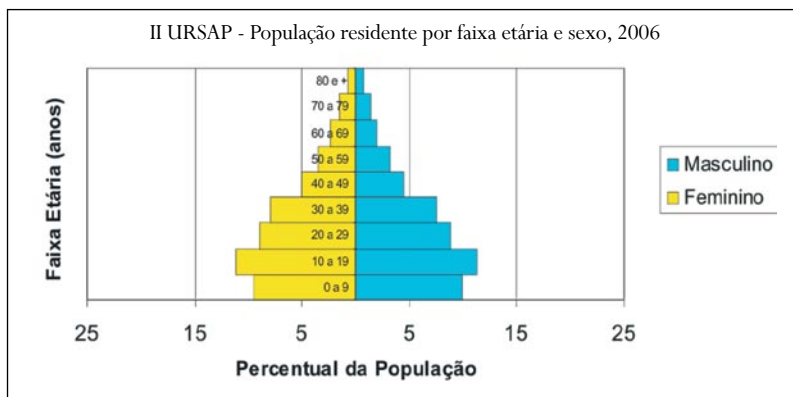
de população resultante do processo de reforma agrária que concentra um grande número de assentamentos rurais na área correspondente à unidade.

A taxa de fecundidade e a taxa bruta de natalidade da Unidade I destacam-se das outras por sua elevação, 3,51 e 23,05 respectivamente. As unidades III e V têm taxa de fecundidade por volta de 3,4 e taxa bruta de natalidade por volta de 18,5. As unidades II, IV e VI têm taxa de fecundidade em torno de 2,6 e taxa bruta de natalidade entre 15,5 e 16,0. A unidade da Grande Natal tem uma taxa de fecundidade de quase 3,0 e taxa bruta de natalidade de 22,96, refletindo provavelmente o número de nascimento de outras unidades.

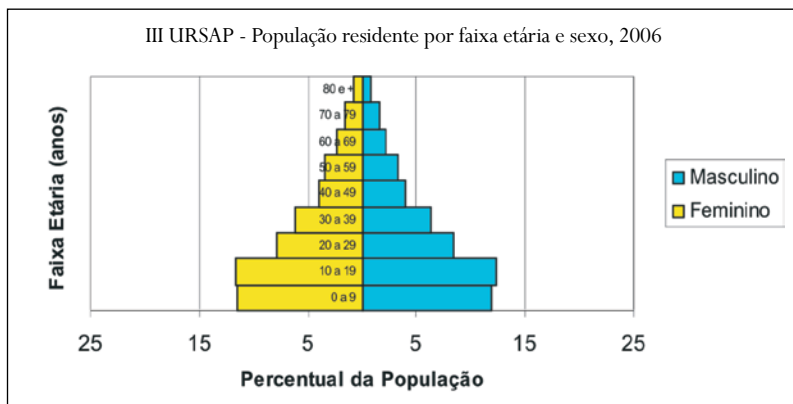
3.7 Estrutura Etária e Sexual por Unidade



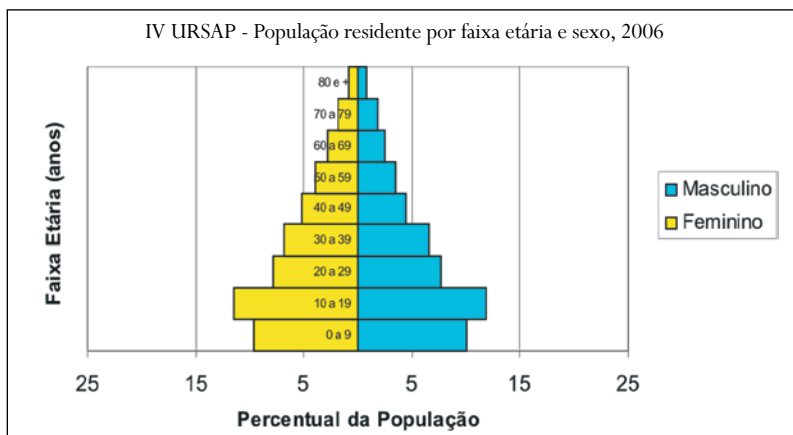
Fonte: IBGE, Censo e Estimativas



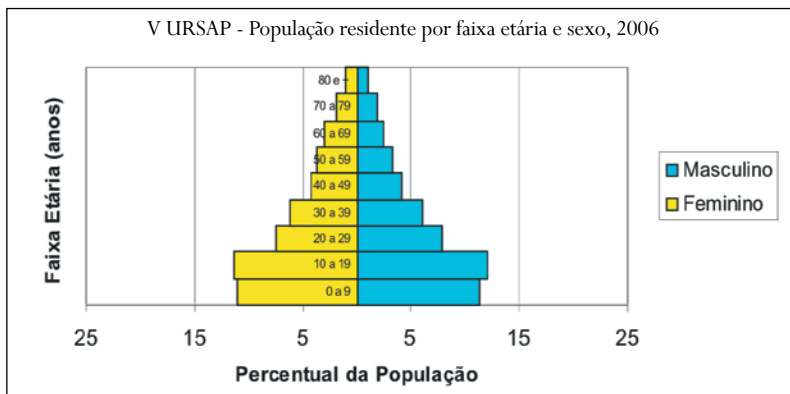
Fonte: IBGE, Censo e Estimativas



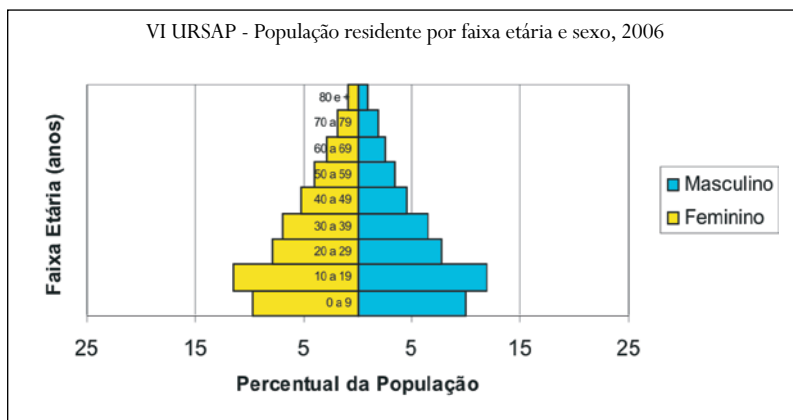
Fonte: IBGE, Censo e Estimativas



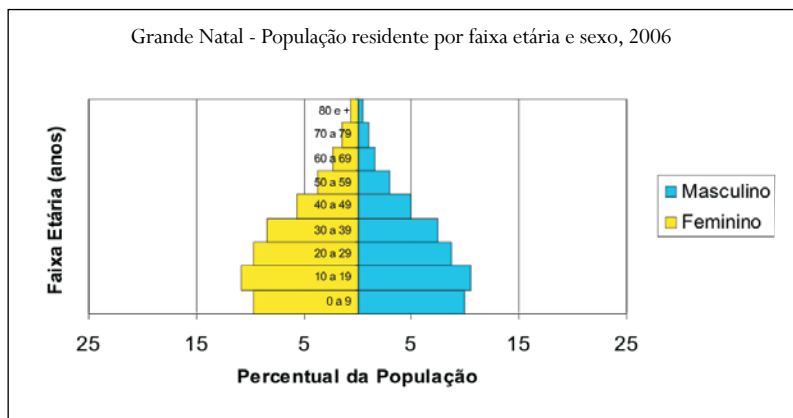
Fonte: IBGE, Censo e Estimativas



Fonte: IBGE, Censo e Estimativas



Fonte: IBGE, Censo e Estimativas



Fonte: IBGE, Censo e Estimativas

Ao observar-se as pirâmides etárias das 7 unidades, percebe-se que, de modo geral, elas tendem a representar o que ocorreu no país como um todo, onde a estrutura por idade, assim como os deslocamentos populacionais, ajudam a explicar a evolução demográfica. As taxas de natalidade têm grande influência na dinâmica populacional, como visto anteriormente. As migrações também, entretanto as suas implicações na dinâmica da população potiguar ainda demandam estudos específicos.

Mesmo não contando com dados específicos dos deslocamentos populacionais intra e interestaduais, podem-se vislumbrar algumas tendências na população do estado, tomando apenas o comportamento da pirâmide do estado e das unidades.

Visto de um ângulo geral, pode-se notar uma redução na natalidade em todas as unidades, diminuindo a amplitude da base da pirâmide demográfica, o que ocorre sobretudo nas cidades, enquanto que o aumento da esperança de vida tem provocado um alargamento da sua parte superior.

Esse é um processo que começa nos anos 1940, quando a população idosa era ainda muito baixa, aumentando notadamente deste então.

Ao se analisar a pirâmide das unidades, verifica-se que nas unidades I, III e V a queda do percentual de pessoas com idade entre 0 e 19 anos ainda é lento, enquanto nas unidades II, IV, VI e VII, essa queda é mais visível. A razão de sexo e o percentual da população idosa são semelhantes entre as unidades, entretanto chama a atenção o pequeno percentual de idosos na unidade da Grande Natal.

3.8 Indicadores Socioeconômicos por Unidade

URSAP e municípios	Razão de dependência	IDH	Analfabetismo (percentual de crianças de 7 a 14 anos analfabetas)	Esperança de vida ao nascer	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada
RN	68,44367373	0,640708442	24,59690271	65,79700306	50,78
I URSAP	68,03	0,60	28,65	65,74	49,09
II URSAP	67,03	0,64	24,96	64,49	41,22
III URSAP	70,34	0,61	30,68	63,39	38,79
IV URSAP	69,75	0,68	16,52	68,25	60,22
V URSAP	69,10	0,62	26,71	65,37	40,51
VI URSAP	69,89	0,63	24,65	65,71	51,20
GN	64,98	0,71	20,00	67,63	74,43

Fonte: IBGE, 2000

3.9 Base Econômica das Regiões Político-Administrativas/ URSAP

I URSAP: São José de Mipibu – Esta região de saúde, que se localiza no leste potiguar, tem bases econômicas bastante variadas, constituída pelas seguintes atividades: carnicicultura, pecuária, cana-de-Assucar, agricultura de subsistência (milho, feijão e mandioca) e turismo.

II URSAP: Mossoró – As principais atividades econômicas desta URSAP, que se localiza no oeste potiguar, são: o petróleo, fruticultura irrigada, caprinocultura, agricultura de subsistência, sal, agroindústrias

e algodão. Vale salientar que os pólos de fruticultura irrigada no Vale do Assu e nos municípios de Baraúna e Apodi geram muitos lucros, pois toda sua produção é para exportação.

III URSAP: João Câmara – As bases econômicas desta URSAP, que se localiza predominantemente no leste potiguar, são: a carnificultura, turismo (Pólo Costa Branca), caprivanocultura e sal. Vale salientar que, no turismo, destacamos o ecoturismo, turismo de eventos, científico (arqueológico e paleontológico), sol e praia.

IV URSAP: Caicó – As principais atividades econômicas desta URSAP, que se localiza no Seridó, na central potiguar apresentam-se constituídas pelas seguintes ocupações: artesanato, cerâmica, caprivanocultura, agricultura de subsistência (mandioca, milho e feijão). Uma atividade que se destaca nessa região é a pecuária de leite e a de corte, porém, no passado, as plantações de algodão foram expressivas para a economia regional. A atividade agrícola não tem grande destaque para nenhum tipo de cultura, sendo esta relacionada principalmente ao período chuvoso.

V URSAP: Santa Cruz – Esta URSAP, que se localiza no agreste potiguar, apresenta-se constituída pela pecuária e agricultura de subsistência. Como o clima predominante nesta URSAP é o semi-árido, verificam-se então os menores índices pluviométricos, assim sendo, a atividade agrícola está relacionada principalmente ao período chuvoso.

VI URSAP: Pau dos Ferros – As principais atividades econômicas desta URSAP, que se localiza no oeste potiguar, apresentam-se constituídas principalmente pelas seguintes ocupações: caprivanocultura, agricultura de subsistência, agropecuária, extrativismo e comércio.

Grande Natal – As principais bases econômicas desta URSAP, que se localiza no leste potiguar, são serviços em geral, com destaque para o turismo, indústria e cana-de-Assucar. Vale salientar que os aspectos climáticos propiciaram, em grande medida, um impulso no desenvolvimento do turismo nos últimos anos na Grande Natal.

3.10 Aspectos Climáticos e do Relevo

Essa caracterização climática foi feita com base na carta climática do projeto RADANBRASIL, escala de 1:250.000. Vale salientar que a referida escala não permite grandes detalhamentos em nível municipal.

I URSAP: São José de Mipibu – As condições climáticas desta URSAP apresentam-se bastante variadas, constituídas pelos seguintes tipos de clima: semi-árido, subúmido, semi-árido rigoroso, subúmido seco e úmido. O tipo de clima predominante é o subúmido e, em segundo lugar, o úmido. A maioria dos municípios tem bons índices de precipitação anual, porém alguns enfrentam um período seco maior do que o chuvoso, como, por exemplo, Monte das Gameleiras, Serra de São Bento, parte de Lagoa d'Anta e Serrinha. Em virtude da boa precipitação destacam-se nesta URSAP grandes canaviais e outros tipos de culturas agrícolas que necessitam de um volume de água considerável durante todo o ano. Quanto aos tipos de relevos encontrados, estes são caracterizados como sendo de uma topografia plana a ondulada, representados por planícies fluviais, planície costeira, tabuleiro costeiro e depressão sublitorânea. As planícies apresentam uma topografia plana e pouco acidentadas. Os tabuleiros também apresentam uma topografia plana associada a rochas sedimentares e de baixa altitude. A depressão sublitorânea apresenta uma topografia de plana a acidentada, associada às rochas cristalinas e ou sedimentares.

II URSAP: Mossoró – Os dois tipos de clima predominantes nesta URSAP são o semi-árido e subúmido. Todos os municípios estão inseridos no polígono das secas, sendo o período seco anual maior do que o chuvoso e sujeito às secas periódicas. Essas características climáticas propiciaram que alguns municípios se destacassem na produção de sal marinho, justamente pela alta evaporação e baixa precipitação. Há também pólos de fruticultura irrigada no Vale do Assu e nos municípios de Baraúna e Apodi. Encontram-se nesta URSAP relevos caracterizados por uma topografia plana a ondulada, representados pelos seguintes tipos de relevo: planícies fluviais, tabuleiro costeiro, planície costeira e Chapada do Apodi. Esta apresenta uma superfície de plana a ondulada pouco acidentada, sustentada em uma geologia composta por rocha de calcário.

III URSAP: João Câmara – Os climas predominantes nesta URSAP são o semi-árido e subúmido seco. Uma parte dos municípios está inserida no polígono das secas, sendo o período seco anual maior do que o chuvoso e sujeito a secas periódicas. Em virtude da alta insolação, baixa precipitação e alta evaporação, ocorrem nos municípios de Macau e Galinhos produção de sal marinho. Destacam-se também municípios extremamente secos, como é o caso de Lajes e Pedro Avelino. As atividades agrícolas estão principalmente relacionadas ao período chuvoso. Os tipos de relevos encontrados nessa URSAP são caracterizados como de uma topografia plana a ondulada e bastante dessecados (acidentados), representados por: planícies fluviais, planície costeira, tabuleiro costeiro, depressão sublitorânea e depressão sertaneja. A depressão sublitorânea apresenta uma topografia de plana a acidentada, associada às rochas cristalinas e ou sedimentares. A depressão sertaneja é caracterizada por apresentar uma superfície bastante dissecada pelo intemperismo, sendo que esta varia de suavemente ondulada a bastante íngreme. A geologia é composta principalmente por rochas cristalinas.

IV URSAP: Caicó – Há predominância nesta URSAP dos climas semi-árido e subúmido seco. Todos os municípios estão inseridos no polígono das secas, sendo o período seco anual maior do que o chuvoso e sujeito a secas periódicas. Atualmente uma atividade que se destaca nessa região é a pecuária de leite e de corte, porém, no passado, as plantações de algodão foram expressivas para a economia regional. A atividade agrícola não tem grande destaque para nenhum tipo de cultura, sendo esta relacionada principalmente ao período chuvoso. Nesta URSAP predomina o relevo caracterizado por uma topografia de plana a bastante dessecada (acidentada), representado por depressão sertaneja e Planalto da Borborema. O Planalto da Borborema tem uma geologia relacionada à formação Serra do Martins e apresenta uma altitude mais elevada em relação ao seu entorno, a depressão sertaneja.

V URSAP: Santa Cruz – Os dois tipos de clima predominantes nesta URSAP são o semi-árido e o subúmido. Todos os municípios estão inseridos no polígono das secas, sendo o período seco anual maior do que o chuvoso, fazendo parte da região no Estado onde se verificam os menores índices pluviométricos. A atividade agrícola está principalmente relacionada ao período chuvoso. Os relevos encontrados nessa URSAP são de topografia plana a bastante acidentada. Representados por depressão sublitorânea e Planalto da Borborema. A depressão sublitorânea apresenta uma topografia de plana a acidentada, associada às rochas cristalinas e ou sedimentares.

VI URSAP: Pau dos Ferros – Os climas nesta URSAP são o subúmido e o subúmido seco. Os municípios estão totalmente inseridos no polígono das secas, tendo o período seco anual maior do que o chuvoso e sujeito a secas periódicas. Destaca-se a exis-

tência de áreas mais elevadas onde os índices pluviométricos são superiores aos municípios do entorno, apresentando um clima diferenciado da região, como é o caso dos municípios de Martins e Portalegre. A atividade agrícola está principalmente relacionada ao período chuvoso. Os tipos de relevos encontrados nessa URSAP são caracterizados como sendo de uma topografia bastante dessecada (acidentada), representados por depressão sertaneja e Planalto da Borborema. A depressão sertaneja é caracterizada por apresentar uma superfície bastante dissecada pelo intemperismo, sendo que esta varia de suavemente ondulada a bastante íngreme, estando sustentada principalmente em rochas cristalinas.

Grande Natal – O clima predominante desta URSAP é do tipo subúmido, com duas pequenas manchas de clima subúmido seco, nos municípios de Macaíba e Ceará-Mirim. Esta URSAP ainda apresenta uma mancha de clima úmido, perfazendo uma parte dos municípios de Natal e Parnamirim. Praticamente não ocorrem grandes problemas com a falta de água, destacando-se plantações de cana-de-Assucar e outra cultura que necessita de bastante água durante todo o ano. As boas condições climáticas propiciaram um grande impulso no desenvolvimento do turismo nos últimos anos. Os tipos de relevos encontrados na URSAP são caracterizados por uma topografia plana a ondulada, representados pelos seguintes tipos de relevo: planícies fluviais, planície costeira, tabuleiro costeiro e depressão sublitorânea. As planícies são caracterizadas por apresentarem uma topografia plana e pouco acidentadas. Os tabuleiros também são caracterizados por apresentar uma topografia plana associados a rochas sedimentares e de baixa altitude. A depressão sublitorânea apresenta uma topografia de plana a acidentada associada às rochas cristalinas e ou sedimentares.

3.11 Aspectos Culturais

I URSAP: São José de Mipibu

A história da ocupação e desenvolvimento no município registra uma associação entre a expansão da economia, no início ligada à agropecuária e mais recente ao turismo, e os processos que influenciaram o povoamento e hoje atraem pessoas e contribuem para a concentração populacional. Do surgimento de pequenas vendas a partir de residências que eram pontos de parada de tropeiros (transportadores de gado) e viajantes (pernoitavam e no outro dia seguiam viagem) ao aumento e diversificação do comércio, principalmente centrado nos hotéis, pousadas e restaurantes, hoje se tem alguns elementos para explicação da ocupação da região.

Em se tratando da cultura regional, tem-se uma riqueza e diversidade fantásticas, expressando-se nas formas de ser, pensar e viver de sua gente, com várias influências e “invasões” em algumas situações, no entanto ainda caracterizado por um modo de vida pacato, alegre, acolhedor e criativo, entre outras características.

Historiadores e moradores registram e narram lendas como a Anta Esfolada em Nova Cruz; Salto da Onça em Santo Antônio; Canal Secreto em Arês e Ilha do Flamengo, etc. Registram também as lutas e batalhas de habitantes nativos com invasores holandeses e até do próprio estado por interesses econômicos, como a dos Albuquerque Maranhão em Baía Formosa, Massacre dos Mártires de Cunhaú em Canguaretama, etc.

Ainda como manifestações da cultura da região, há que se registrar as festas populares, com destaque para as festas das padroeiras, como: Nossa Senhora dos Prazeres, em Goianinha, Nossa Senhora da Penha, em Monte Alegre, Nossa Senhora do Ó, em Nísia Floresta, Nossa Senhora da Conceição, em Santo Antônio, etc. Procissões terrestres

e marítimas, como as de Tibau do Sul e Baía Formosa. Festas juninas em todos os municípios, com destaque para o São João em São José de Mipibu, que começa na véspera de São João (23/06) e vai até o dia de São Pedro (29/06) com quadrilhas tradicionais e estilizadas e atrações diversas que têm crescido a cada ano, atraindo pessoas de várias procedências, inclusive nos últimos tempos tem sido registrada violência como assaltos e mortes. No entanto, ainda são festas que acontecem na zona urbana e rural de quase todos os municípios, com outras manifestações típicas do lugar e do momento, como fogueiras, comida de milho, brincadeiras diversas.

Outras expressões culturais ainda são marcantes, como: Pastoril, em vários municípios, podendo se destacar o dos idosos de Umari, em Tibau do Sul, o de Georgino Avelino, Boi de Reis, de Arês, Bumba Meu Boi, de Lagoa Salgada, Zambê, de Tibau do Sul, Coco de Roda e Fandango, de Canguaretama, Macambiras, de Passa e Fica, etc. Há muitos blocos carnavalescos tradicionais de índios, grupos de teatro de jovens e idosos.

No artesanato destacam-se os produtos feitos com palha de carnaúba, com cerâmica, com cipó, sisal, madeira, couro, retalhos, tendo-se também as rendas, bordados, crochês, e cresce os feitos com recicláveis. São feitos também artesanalmente licores, doces, cachaça, lambedor, etc. Existem vários centros de artesanato disponibilizando tais produtos, como: Baía Formosa, Canguaretama, Nova Cruz, Passa e Fica, Tibau do Sul.

Outros trabalhos artísticos, como pintura, música e poesia são destacados nas produções de artistas consagrados no estado e também populares, que expressam, além do que lhe é próprio, as realidades da sua vivência coletiva na região. Pode-se nominar: Maria José (Ninha Baraúna) Passa e Fica; César Revoredo (São José de Mipibu); entre outros. Há cantadores de viola, aboiadores, contadores de contos e cantores e

cantoras de benditos religiosos e marchinhas ou músicas cantadas nas brincadeiras e festinhas comunitárias, podendo citar-se como berço dessas manifestações Baía Formosa, Tibau do Sul, Lagoa Salgada.

Na região conta-se com 21 (vinte e uma) bandas de música marcial, que fazem o registro de um estilo tradicional e muito admirado, e que nos últimos anos tem-se percebido manifestações de resgate delas em alguns municípios, com projetos para adolescentes e jovens, financiados com recursos públicos federais.

A culinária também é uma expressão da cultura da região. Alguns pratos e comidas são típicas, como: camarão e peixadas no litoral; galinha caipira, beiju, bolo preto, queijo de coalho, nos municípios do Agreste, e comida de milho em toda a região. Nos municípios litorâneos e por influência do turismo, ganham espaço pratos da culinária de outros países.

Nos últimos anos, tem-se diversificado e crescido os adeptos por religiões e seitas religiosas, com destaques para a Universal do Reino de Deus e Assembléia de Deus. Já as originadas do candomblé/umbanda, segundo entrevistas com pessoas conhecedoras das realidades locais, parece terem diminuído pelo menos em quantidade. Muitos referiram-se ao fechamento de alguns terreiros em vários municípios, restando aproximadamente 19 (dezenove) terreiros dispersos na região.

Há registro de práticas populares em saúde, como parteiras curiosas, curandeiros, benzedeiras/rezadeiras, raizeiros, etc, algumas nativas ou pouco atuantes, como as parteiras e outras em evidência, como as raizeiras, presentes principalmente nas feiras livres, orientando, prescrevendo e vendendo produtos da região, e de outras regiões. (raízes e cascas, folhas de plantas, banha de animais, etc).

A região é bem estruturada com hotéis, pousadas e restaurantes, com concentração maior no litoral, mais precisamente em Tibau do

Sul, Baía Formosa, Nísia Floresta e Canguaretama (Barra de Cunhaú). No entanto, na maioria das cidades, conta-se com pequenos restaurantes, mesmo que em alguns se precise de comunicação prévia para acesso.

Quanto a outros elementos do patrimônio histórico, o único museu identificado foi em Vera Cruz, pouco conservado. Neste aspecto têm destaques alguns monumentos e até árvores centenárias, que conformam um pouco do patrimônio e da história da região, como: monumento aos mártires de Cunhaú, em Canguaretama, “o túmulo de Nísia Floresta” em Nísia Floresta; Cabo Bacopari, em Baía Formosa; inscrições rupestres, em Monte das Gameleiras; árvores Baobá, em Nísia Floresta e Cuitezeira em Pedro Velho, além de Igrejas antigas e outras construções do século XVII, etc.

Para o lazer, os habitantes da região contam com os espaços naturais já mencionados, praias, lagos e rios. Alguns desses espaços concentram grandes estruturas consideradas ou mesmo denominados complexos turísticos, entre estes, Parque dos Tubarões, Pontal de Camurupim, Balneários, Terminais Turísticos, inclusive um no Agreste (Pedro Velho), etc. Outros espaços também se destacam, como praças, parques de vaquejadas, clubes, casas de shows e boates, estes juntos somam 48 (quarenta e oito). No entanto, cinema só há 1 (um) em Pedro Velho e 1 (um) museu em Vera Cruz, como já foi visto. Há trinta e duas quadras poliesportivas e quarenta e dois campos de futebol (estádios ou campos de destaques), pois são inúmeros os pequenos campos em todas as partes. Ginásios poliesportivos são trinta e dois. Essa estrutura expressa um pouco da dinâmica do esporte e o lazer na região, onde a maior concentração se dá nas escolas e chega à coletividade através dos torneios, campeonatos, etc. Ainda se podem registrar vinte e duas academias de ginástica, que também estão promovendo atividades esportivas e de lazer. Há uma frequência enorme de bares e barracas de praias que as pessoas freqüentam para divertir-se, e aí também surge um grande pro-

blema, principalmente entre os adolescentes e jovens, que é o aumento do alcoolismo, como se verá posteriormente.

A região conta com vinte e duas bibliotecas municipais, algumas situadas nas principais e tradicionais escolas das cidades.

Alguns outros movimentos já constam nos calendários esportivos de lazer e cultura da região, como: cavalgadas, trilhas ecológicas; festivais como de Inverno, em Serra de São Bento, Cachaça, em Serra de São Bento, São José de Mipibu; de Gastronomia, em Pipa – Tibau do Sul.

No aspecto organização da sociedade civil, movimentos populares e sociais, identificam-se os sindicatos de trabalhadores rurais com sede na maioria dos municípios. Destacam-se os de Santo Antônio, Goianinha, Canguaretama, Nova Cruz, Arês e São José de Mipibu, pois congregam outros municípios, como também expressam suas mais visíveis lutas relacionadas com as usinas Estivas e Baía Formosa, que ocupam trabalhadores nos mais diversos momentos do processo produtivo, já que estes se inserem no contexto da agricultura e da indústria.

Outra organização de destaque são as colônias de pescadores organizadas através de zonas, com sede ou representação em todos os municípios litorâneos. Nísia Floresta, Canguaretama e Baía Formosa têm marcada atuação na representação dos pescadores e na viabilização de discussões e projetos para o setor. Apresentam-se ainda cooperativas agropecuárias, de artesanato, etc. Na defesa do meio ambiente e ecologia, tem-se o grupo ecológico de Pipa – Tibau do Sul; há uma grande mobilização dos idosos, com atividades em quase todos os municípios, no entanto suas atividades têm mais caráter de resgate da cultura, atividades de lazer e voltados para a saúde.

As igrejas e credos religiosos também têm suas organizações, destacando-se as pastorais da Igreja Católica (da criança, da família e grupos de jovens). Estas realizam trabalhos voluntários, religiosos e sociais, com

algumas parcerias e têm convênios que chegam aos destinatários como “sem fins lucrativos”; muitas destas objetivam melhoria da saúde.

Outros tipos de organização muito freqüente são as associações comunitárias, na maioria das vezes criadas por lideranças para a consecução de projetos ou melhorias para as comunidades e nem sempre representam a participação e o engajamento que expressam uma real organização para fortalecimento do grupo ou da comunidade. Essas organizações nos municípios têm expressiva participação nos conselhos de saúde, o que pode ser refletido como possível indicador da apatia e falta de dinâmica dos conselhos municipais, não só de saúde, considerando que os demais também expressam as mesmas reclamações no sentido da pouca participação e dinâmica.

II URSAP: Mossoró

Os aspectos culturais da região refletem a influência da cidade-pólo, Mossoró, que se situa a aproximadamente 285 quilômetros da capital do estado, Natal. É a segunda cidade com maior população depois da capital. Mossoró foi fundada em 1852. É o município de maior produção, em terra, de petróleo no país, como também de sal marinho. Por isso mesmo, é conhecida como “terra do sol, do sal e do petróleo”. Apesar de localizar-se no sertão, possui fácil acesso às praias, sendo Tibau a mais próxima e considerada “a praia de Mossoró”, seguida por Areia Branca (48 Km), Ponta do Mel (53 Km) e Morro Pintado (50 Km), que constituem as praias mais visitadas da região. Destaca-se ainda como elemento influente na região a fruticultura irrigada, voltada em grande parte para a exportação, também possuindo relevância na economia local.

Mossoró mobiliza a região, como também o estado, sendo reconhecida como a capital da cultura do Rio Grande do Norte. Possui

espaços para eventos culturais e realiza, anualmente, grandes festas populares. No calendário de eventos que começa a atrair turistas do país e até mesmo do exterior, são destacados: vaquejadas; festival de Rock alternativo do oeste do Rio Grande do Norte; Mossoró Cidade Junina; espetáculos teatrais como o Chuva de Balas no País de Mossoró, encenado por atores mossoroenses, no adro da capela de São Vicente, retratando a épica batalha vencida contra o bando de Lampião em 1927; Mossoró Moto Show, que recebe, anualmente, motociclistas de todo o país para o evento, uma vez que é a cidade brasileira que mais tem moto por habitante; Festa do Bode, a maior exposição de caprinos e ovinos do RN; Feira do Livro, mostrando o que há de novo no mercado editorial brasileiro; Ficro, a maior feira de negócios da indústria, comércio e serviços brasileiro; Festival Mossoroense de Folclore; Festuern - educação, arte e cultura levada aos palcos mossoroenses. Carnativa, o carnaval fora-de-época; Festival Aéreo de Mossoró - grande evento areodesportivo brasileiro, apresentando acrobacias e exposições de aeronaves civis e militares vindas de todo o país; Expofruit, feira da fruticultura tropical, onde expositores de diversas partes do país e do exterior realizam grandes negócios; Mossoró Fashion Show, mostrando nas passarelas as tendências da moda para cada estação do ano; Oratório de Santa Luzia, espetáculo teatral encenado no adro da catedral, que relata a história da santa protetora dos olhos; Festa de Santa Luzia, padroeira da cidade; Auto da Liberdade, um dos maiores espetáculos teatrais ao ar livre do mundo, celebrando a liberdade e coragem de um povo, sendo uma bela e merecida homenagem aos quatro grandes atos libertários da história de Mossoró: Abolição dos Escravos em 1883 (5 anos antes da Lei Áurea); O Motim das Mulheres em 1875; O Primeiro Voto Feminino, de Celina Guimarães, em 1928; A Resistência ao bando do mais famoso cangaceiro do Nordeste, o Lampião, em 1927; O evento Festa da Liberdade, que, além do Auto da Liberdade, inclui também o Seminário No-

vas Liberdades, Cortejo Cultural e shows com atrações musicais, sendo realizado nos dias da última semana de setembro.

III URSAP

A história da ocupação e desenvolvimento na região deu-se através dos seus primeiros povoadores, conhecidos como corsacos do escalão precursor, que se dedicaram aos serviços iniciais de instalação da linha férrea. Esta se dirigia da sede do município de Taipu com destino ao Sertão Central do RN. A esses trabalhadores foram se juntando outras pessoas de várias partes do estado e, principalmente, das sedes e zonas rurais dos municípios de Taipu, Lajes e Touros, que, atraídos pelo comércio ambulante e no afã de prestar pequenos serviços para aqueles forasteiros - fornecimento de alimentação, lavagem de roupas e outros pequenos serviços -, fixaram-se ao redor do aglomerado populacional, na localidade de Assunção, que deu origem ao município de João Câmara.

O município de João Câmara, pólo da região da III URSAP, é conhecido na região e no país como a cidade dos abalos sísmicos. Em conversas de pessoas antigas é comum ouvir-se histórias de ficção ou lenda sobre a região de Baixa Verde. Conta-se que os padres antigos (missionários), que trabalhavam do litoral ao sertão, nos trabalhos de catequese das populações isoladas e no interior, recomendavam aos seus carregadores ou companheiros de viagens que fizessem o possível para não pernoitar ou mesmo acampar para descanso nas imediações de Matas, posteriormente, Baixa-Verde (nomes anteriormente atribuídos à Cidade de João Câmara), pois ali um rio caudaloso poderia submergir a qualquer momento e suas águas tragariam a todos. Na época, já havia notícias de que ali a terra tremia de maneira estranha. Posteriormente, uma falha geológica foi identificada como nascendo há aproximadamente quatro quilômetros de Pedra D' água (localidade rural de João Câmara).

ra e segue até o povoado de Samambaia no município de Poço Branco, passando exatamente pelo local considerado como o primitivo acampamento que deu origem à cidade). Um grande abalo sísmico ocorrido em 1986 levou a população a migrar para vários municípios, e, um número considerável dessa população não retornou à moradia anterior.

As festas populares que mobilizam a região são, principalmente, aquelas que homenageiam os santos padroeiros, como: Nossa Senhora das Graças, em Afonso Bezerra; São Pedro, em Caiçara do Norte; São José, em Jandaíra; Nossa Senhora Mãe dos Homens em João Câmara; Nossa Senhora da Conceição, em Lajes; Festa dos Navegantes, em Macau, e Bom Jesus dos Navegantes, em Touros. Entre estas, destaca-se a festa de Touros, que atrai fiéis de vários municípios do Rio Grande do Norte. A cidade vivencia dias movimentados e diferentes com a presença de visitantes que costumam alugar casas de moradores da cidade para participar das comemorações.

Outras expressões culturais ainda são marcantes na região, como: Baile da Saudade, Vaquejada de Praia, Festa do Sal, Festival de Música Carnavalesca, Festa das Flores, Mega Brega, regata de Veleiros, no município de Macau, festa das Palmeiras, Festa da Lagosta, Festa do Jerimum em Rio do Fogo, Festa do Ielmo Marinho, Verão Vivo em Guamaré, Festa do Melão em Jandaíra, Caprifeira em João Câmara, Cavalgada dos Amigos, em São Miguel do Gostoso. As vaquejadas são tradicionais, em todos os municípios. As festas de emancipação política também mobilizam as comunidades e contam com uma programação de vários dias.

Com relação às danças populares e música, verifica-se maior ênfase no forró, nos municípios da região do mato grande, e frevo e maracatu, nos municípios litorâneos. Existem diversas bandas de música marcial na região, com destaque para o município de Touros, Macau e João Câmara.

No artesanato são produzidos artigos feitos com sisal, madeira, couro, retalhos, labirintos, com atividades concentradas nos municípios litorâneos, tornando-se atração para os visitantes.

Na culinária, as comidas típicas como: tapioca, galinha caipira, buchada, carne de bode, bolo preto, queijo de coalho, comida de milho, feijoada, camarão e vários pratos tendo como matéria-prima o peixe são os mais degustados na região.

Pode-se destacar ainda a valorização de curandeiros, benzedei-ras/rezadeiras, raizeiros, e, em menor número, parteiras “curiosas” par-ticipando da vida das comunidades rurais, em especial.

Quanto à infra-estrutura para o turismo, que vem se ampliando notadamente no litoral - Galinhos, Touros, com destaque para as praias de Perobas, São Miguel do Gostoso - tem-se verificado uma progressiva melhoria com a instalação de hotéis, pousadas e restaurantes. No entanto, na maioria das cidades conta-se com pequenos restaurantes, mesmo que em alguns seja necessário comunicação prévia para acesso.

IV URSAP: Caicó

A formação da identidade cultural seridoense, tal como ela é en-cenada e atualizada no imaginário da sociedade, está ancorada basicamente em quatro instâncias: a religiosa, que contribuiu decisivamente para a constituição do território seridoense; a política, que identifica o Seridó como celeiro de líderes representativos de uma elite econômica; a socioeconômica, centrada emblematicamente no cultivo do algodão, na produção alimentícia artesanal de queijos, carne-de-sol, manteiga, etc. e a educacional, que constitui destaque, diferenciando favoravelmente esta de outras regiões do estado.

A festa de Sant’Ana é considerada a maior festa sócio-religiosa do Rio Grande do Norte, e uma das maiores do Nordeste. A cidade triplica

a sua população e mostra a sua fé, tradição culinária, artesanato e o seu inconfundível calor humano.

Os caicoenses que residem fora retornam à cidade para participar das diversas atividades realizadas durante a Festa da padroeira do município, novenas e a grandiosa procissão de encerramento. A programação sociocultural abrange a feirinha de Sant'Ana, Baile dos Coroas, Feira de Artesanato, Festa do Ex-aluno do CDS, apresentação de bandas e artistas de renome no Largo de Sant'Ana, festas nos clubes, exposição de arte na antiga sede da Prefeitura de Caicó, lançamento de livros na Casa da Cultura e variado parque de diversões pelas ruas em volta da Matriz.

Acontecem ao longo do ano outras festas religiosas que movimentam também a sociedade de Caicó e toda a região, repercutindo na economia, uma vez que associam às atividades religiosas as feirinhas de artesanato e de comidas típicas. As festas religiosas principais de Caicó são: São Sebastião (janeiro), São José (março), Santa Cruz (setembro), Nossa Senhora do Rosário (outubro).

Dentro das festividades juninas, em toda a região ocorrem arraiais e, em Caicó, uma mostra da tradição gastronômica da região, com pratos elaborados à base de queijos e carne-de-sol. O festival desses alimentos acontece no período das festas juninas, na praça Dom José Delgado, em Caicó, com animação de bandas de forró, apresentações de quadrilhas juninas e exposição de produtos artesanais. A vaquejada de Caicó e a de Currais Novos também movimentam a região, sendo consideradas umas das maiores vaquejadas do Rio Grande do Norte. O evento é realizado no Parque Polion Torres Filho, às margens da BR 427, e não possui data fixa, mas ocorre entre os meses de junho e julho.

Alguns sítios históricos da região merecem destaque na região, estando a maior parte destes em Caicó: Casa Forte do Cuó; A catedral de Sant'Ana e a antiga capela de Sant'Ana; Poço de Sant'Ana de Caicó; Casa de Pedra; Sobrado do Padre e Senador Francisco Brito; O Arco do

Triunfo; Museu do Seridó; Antiga Prefeitura Municipal de Caicó; Centro Cultural Deputado Adauto Dias; O Mosteiro das Clarissas de Caicó; Igreja e os negros do rosário; Psicultura e perímetro irrigado.

Os mercados públicos, assim como as igrejas matriz dos municípios da região, são referências culturais em cada local.

Os bordados e as redes são produtos regionais que desfrutam de prestígio no estado, no Brasil e até no exterior.

V URSAP

Os aspectos culturais das regiões do Trairi e Potengi que constituem a V URSAP são aproximados, verificando-se a influência recíproca.

A região do Potengi tem como importante fonte econômica o artesanato: a fabricação de redes, o tear artesanal da comunidade Jandaíra, que é responsável por parte da produção de tecidos e cordões rústicos para a produção de redes, pinturas e confecção de painéis de barro de louça. A cidade de São Paulo do Potengi apresenta dinamismo na área musical através da Associação Comunitária de Cultura e Música. Na dança, destacam-se as quadrilhas e outras manifestações juninas. As escolas promovem amostras folclóricas com o intuito de resgatar e manter as tradições que são próprias da região: bumba, pastoril, quadrilhas juninas e o forró. O carnaval fora de época constitui um evento cultural contemporâneo que mobiliza também a região com a presença dos blocos e bandas animando essa festividade no clube e ruas da cidade. A vaquejada, esporte típico do nordestino, é o foco de atração do mês de agosto, atraindo pessoas de todo o estado e vaqueiros de várias partes do país. A Caprifeira (feira de caprinos e ovinos) tem sido também atração turística e econômica que vem gerado renda para a região.

Na região do Trairi destaca-se o artesanato de fuxico, pintura, escultura em pedra-sabão. A festa da padroeira santa Rita de Cássia é

uma das mais tradicionais, atraindo milhares de visitantes no mês de maio. No local “Vila de Todos”, estão reunidos elementos da cultura local acessível ao lazer dos visitantes. Outros espaços que difundem a cultura local são: o Teatro Candinha, a Casa da Cultura, o estádio de Futebol Iberezão, a Vila Olímpica e a ACT, Associação Comunitária do Trairi (organização não-governamental, fundada em março de 1986, voltada para a geração de ocupação e renda). Na área social, políticas públicas loco-regionais resultaram no Projeto Cidadão do Amanhã, que propicia a crianças e jovens carentes a educação e a oportunidade de se desenvolverem, através de prática esportiva, atividades culturais e pedagógicas. Atualmente são mais de 2.000 os beneficiários do programa que já existe há dez anos. No calendário de atividades, estão incluídos oficinas de cultura, esporte, assistência médica, alimentação, reforço escolar, lazer. Entre as modalidades esportivas, são praticados: judô, karatê, basquete, capoeira, futebol de salão e de campo, natação, handebol e atletismo. As oficinas culturais abrangem: balé, dança de salão, dança folclórica, artes plásticas, música (que inclui além da banda de música, o aprendizado de acordeão, cavaquinho, violão, flauta doce e teclado), teatro, circo. Além dessas formas culturais, o projeto desenvolve um trabalho de pesquisa visando resgatar a memória histórica de Santa Cruz.

As principais comidas típicas das regiões são: canjica e pamonha, buchada, picado, cocada, queijo de coalho, manteiga da terra, feijão verde, macaxeira, galinha caipira, carne de sol, paçoca, arroz de leite, feijão macassar, cuscuz etc.

VI URSAP

No tocante ao aspecto cultural, destacam-se as festas populares, como festas de Padroeiros, São João, São Pedro, Carnaval, Carnaval fora de época e Festas de Emancipação Política, além da FINECAP (Feira In-

termunicipal de educação, Cultura, Turismo e Negócios do Alto Oeste Potiguar).

Vale ressaltar, ainda, a existência de alguns engenhos que moem a cana-de-Assucar, num processo ainda artesanal, fabricando a rapadura.

Na região existe uma comunidade de quilombolas no Sítio Engenho Novo e Pêga, ambos localizados no município de Portalegre, onde ainda se mantêm costumes e crenças da época da escravidão.

No quadro abaixo, registra-se o número de alguns equipamentos sociais disponíveis na região. Verifica-se, por exemplo, que o número de bibliotecas públicas é inferior ao número de municípios da região.

BIBLIOTECAS	CLUBES SÓCIO-CULTURAIS	QUADRAS DE ESPORTE/ CAMPOS DE FUTEBOL
32	39	130

Fonte: IDEMA/2003

Podem-se destacar, ainda, clubes, restaurantes, bares, terminais turísticos, balneários, etc., que servem como fonte de lazer e representam o potencial turístico da região.

Grande Natal

A Região Metropolitana de Natal, por possuir a capital do estado e pela sua localização geográfica, tornou-se privilegiada em relação às demais cidades, como Parnamirim, Macaíba, Ceará-Mirim, Extremoz, Nísia Floresta e São Gonçalo do Amarante, influenciando, assim, a cultura e a qualidade de vida de seus habitantes.

O município de Natal foi o primeiro município do estado do Rio Grande do Norte, fundado em 25 de dezembro de 1599. Dele foram desmembrados os municípios de Ceará-Mirim e Parnamirim.

Municípios da Grande Natal instalados por Lei de criação e desmembramentos

MUNICÍPIO	LEI DE CRIAÇÃO		DESMEMBRADO DE
	NÚMERO	DATA	
Ceará-Mirim	837	09.06.1882	Natal
Extremoz	2.876	04.04.1963	Ceará-Mirim
Macaíba	801	27.10.1877	—
Natal	—	25.12.1599	—
Nísia Floresta	242	18.02.1852	São José de Mipibu
Parnamirim	2.325	17.12.1958	Natal
São Gonçalo do Amarante	2.323	11.12.1958	Macaíba
São José de Mipibu	Alvará	0.05.1758	—

Fonte: Anuário Estatístico do RN, 2003.

Além das lindas praias, avenidas espaçosas e arborizadas, a brisa constante e o povo hospitaleiro, Natal é avaliada como a cidade mais segura do País. A constatação é do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), através de pesquisa realizada em 2004, que aponta Natal na ponta do ranking quando o assunto é segurança. Tem o menor índice de homicídios entre as 27 (vinte e sete) capitais brasileiras. É a única capital que possui o índice de assassinatos menor do que 20 (por cada 100 mil habitantes).

Natal ostenta outro título que lhe confere marketing e bem-estar. Tem o ar mais puro das Américas. Essa condição já foi atestada pela Agência Espacial Norte-Americana, a NASA, através de pesquisa encomendada ao Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, sediado em São José dos Campos (SP), em 1994.

A influência da diversidade cultural está presente nos eventos populares e no folclore da Região Metropolitana de Natal, que vai de procissões a vaquejadas, e de danças típicas como forró, quadrilhas estilizadas e Bumba-meu-boi. Cantadores de viola, cordelistas, repentistas, emboladores e grupos de dança que recontam a história do povo

potiguar são a presença mais marcante desta cultura, que é uma das mais ricas do Nordeste. Estão presentes em todo o estado, mas é mais fácil encontrá-los em centros culturais, como a Capitania das Artes.

Ademais, a cultura do Rio Grande do Norte é marcada pelas festividades tradicionais, principalmente pelas comemorações religiosas e pelos arraiais. A Padroeira da cidade, Nossa Senhora da Apresentação, é festejada em novembro, e os Santos Reis, em janeiro. A Festa do Caju, a procissão de barcos, de Nossa Senhora dos Navegantes, fazem parte das festividades do mês de janeiro. Quando chega junho, o clima muda e a paisagem das cidades fica tomada por fogueiras e arraiais juninos em cada bairro, com competições de quadrilhas e a culinária típica das festividades juninas.

O artesanato do Rio Grande do Norte é um dos mais ricos no Nordeste. Em Natal se encontram as produções diversificadas que utilizam materiais como: couro, madeira, areias coloridas, barro e pedras. No artesanato, também são muito famosos os delicados trabalhos das rendeiras: toalhas, mantas, enxovais, todos feitos à mão com bordados, apliques de renda e labirinto, criados com o cuidado e o carinho de quem aprendeu a arte de bordar e render desde a infância.

A vocação turística na Região Metropolitana, se consolida, em particular, nas cidades litorâneas como Natal, Parnamirim, Extremoz e Ceará-Mirim, as mais desenvolvidas neste campo, por possuírem a faixa litorânea mais trabalhada e explorada turisticamente. Um fator contribuinte para esse fato é a rota dos vôos internacionais. A partir de então, foi dada prioridade a projetos urbanísticos que viabilizassem a atividade turística. Dessa forma, vários empreendimentos foram viabilizados, como a criação de centros de turismo e artesanatos; a construção do Bosque dos Namorados, localizado no Parque das Dunas, conservado como área de proteção ambiental; assim como a proteção ao cajueiro de Pirangi, reconhecido como o maior cajueiro do mundo, hoje uma

das atrações turísticas do estado. A criação de cooperativas de bugreiros também se encaixa nas medidas que organizam os serviços - relacionados com os passeios de bugres e camelos pelas dunas - e realizam um ordenamento nas atividades turísticas de forma consciente e harmônica com a preservação da natureza. Tudo isso foi realizado com o intuito de atender às demandas de um novo sujeito cada vez mais presente na vida da cidade: o turista. No entanto, não somente o turista, mas também a população da região metropolitana possui, em suas praias, o principal lazer, pela sua característica saudável e econômica.

4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Este item apresenta informações relativas a natalidade, mortalidade e morbidade referenciadas pelos territórios das URSAP.

Para a distribuição proporcional, devido à variabilidade dos resultados com o cálculo da proporção para pequenos números, optou-se por apresentar os percentuais para o triênio 2003-2005, objetivando-se assim uma maior estabilidade dos dados por município.

Em relação ao cálculo da incidência por município, para diminuir as distorções dos cálculos para pequenos números, optou-se pelo cálculo do Coeficiente Médio Anual, no qual se utiliza a média dos casos no período de 3 anos e a população do meio do período. Entretanto, em algumas situações, quando o número de casos no último ano disponível superou a média dos três anos em 90% ou mais dos municípios, optou-se por apresentar a incidência apenas com o coeficiente deste último ano. Ressalta-se também que os coeficientes estão apresentados em seu estado bruto, não sofrendo nenhum tipo de padronização.

4.1 Análise de Nascimentos

a) Série Histórica de alguns Indicadores de Nascimento

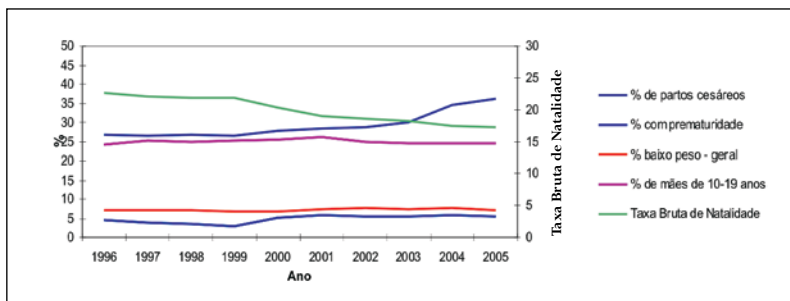
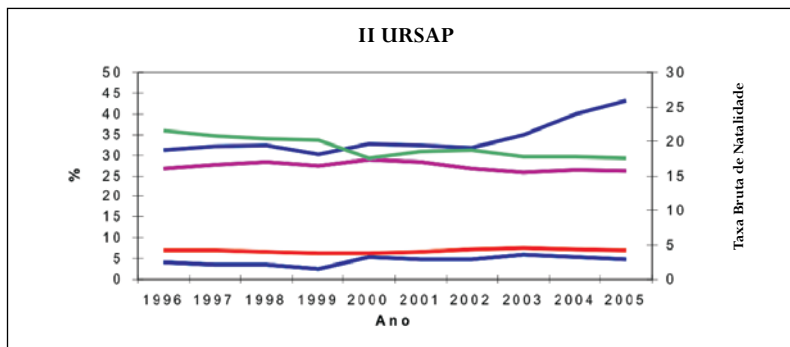
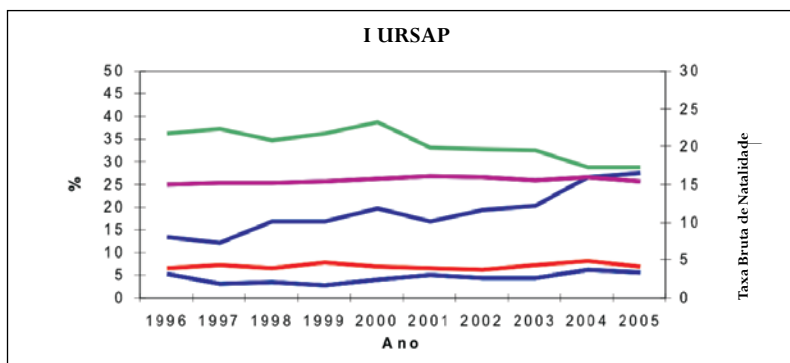
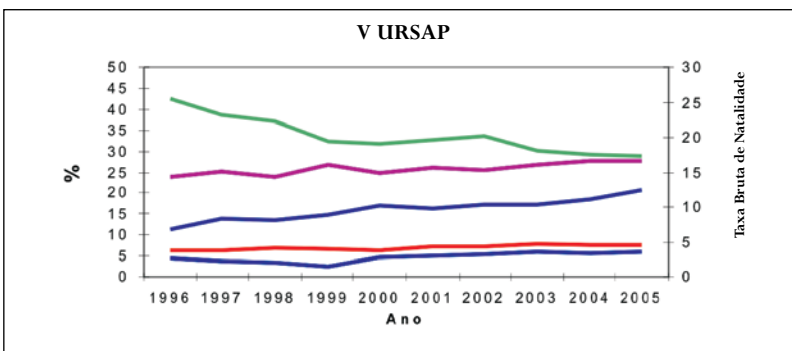
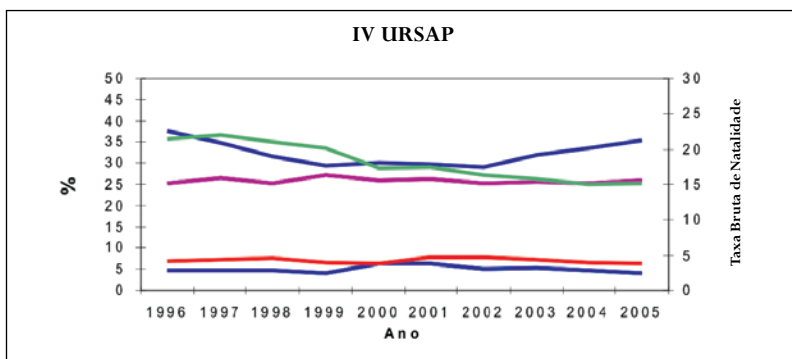
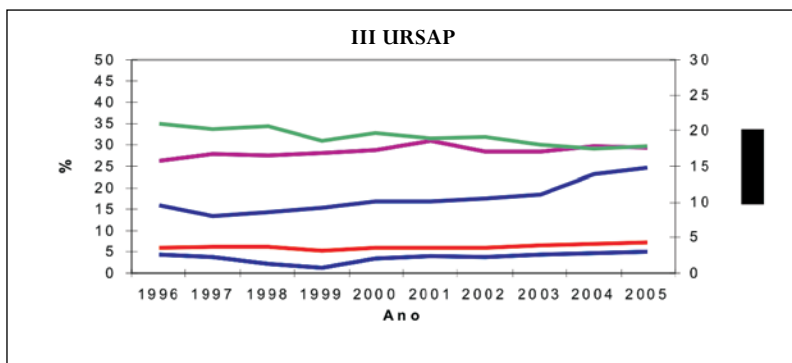


Gráfico 1. Evolução das condições de nascimento – Rio Grande do Norte

Fonte: SINASC

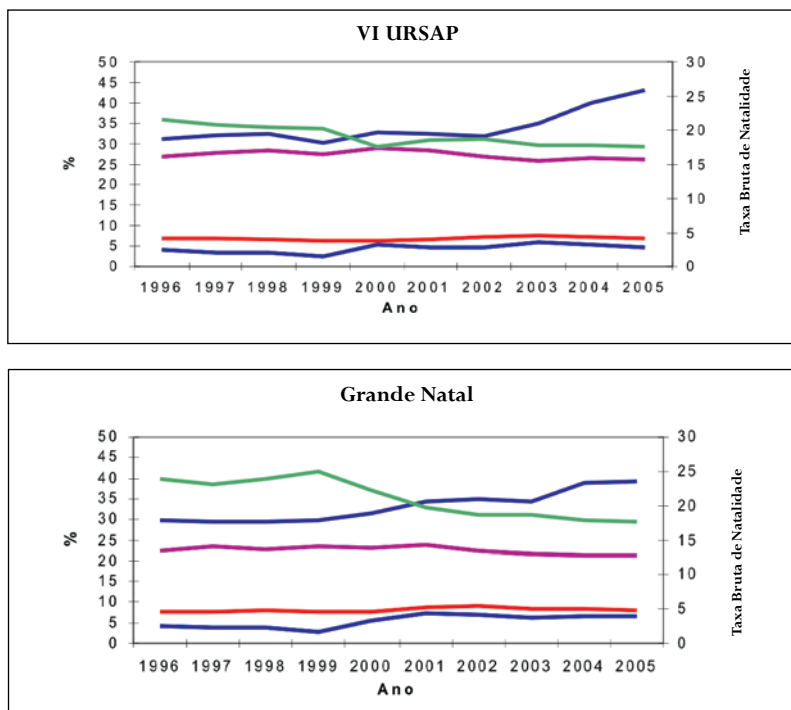
Obs: Taxa bruta de natalidade (por 100 Habitantes)





Fonte: SINASC

Obs: Taxa bruta de natalidade (por 100 Habitantes)



Fonte: SINASC

Obs: Taxa bruta de natalidade (por 100 Habitantes)

A **Taxa Bruta de Natalidade** para o RN (Gráfico 1) em 1996 era de 22,75, chegando em 2005 a 17,32 nascidos vivos por 1000 habitantes, o que representa uma redução de 23,3% em 9 anos. Apesar de atualmente a maioria das suas regionais de saúde apresentar cerca de 17 a 18 nascidos vivos para cada 1000 habitantes, ocorreu uma redução sistemática dessa taxa nos últimos 9 anos, sendo mais acentuada na V URSAP, com uma redução de 31,9% (25,54 para 17,40). Apesar de a IV URSAP apresentar a segunda maior redução (29,3%), esta chegou em 2005 com a menor taxa do grupo (15,16). A Grande Natal reduziu 26,1% (23,95 para 17,71); a I URSAP reduziu 20,7% (21,77 para 17,27); a II URSAP

reduziu 18,6% (21,47 para 17,48); a VI URSAP reduziu 16,7% (20,65 para 17,20); a III URSAP ficou com a menor redução (15,2%), passando de 20,97 para 17,78 nascidos vivos por mil habitantes.

O Percentual de Partos Cesáreos para o RN (Gráfico 4.1) em 1996 já era considerado alto (26,74%), mas ainda assim aumentou de 35,5% no período de nove anos, chegando em 2005 a 36,23%. A maioria das suas regionais de saúde também apresentou um aumento do número de partos cesareana em relação ao total de partos ao longo desses nove anos, exceto para a IV URSAP, que reduziu de 6,3%, saindo de 1996 com um valor de 37,78% e chegando a 2005 com 35,38%, valor ainda muito alto se considerarmos que esse percentual não deveria ultrapassar 15%, segundo recomendação da OMS. Além do mais a redução ocorreu apenas até o ano 2002 (29,10%), voltando a aumentar 21,6% até 2005. O aumento do percentual de partos cirúrgicos foi mais acentuado na I URSAP (104,8%), que passou de 13,48% em 1996 para 27,60% em 2005. A V URSAP apresentou um aumento de 82,54% (11,43% para 20,87%), a VI URSAP aumentou de 38,7% (30,75% para 42,66%), a II URSAP aumentou de 38,4% (31,03% para 42,93%) e para a Grande Natal o aumento foi de 31,4% (29,88% para 39,25%).

O Percentual de Partos Prematuros para o RN (Gráfico 4.1), ao longo dos últimos nove anos, não ultrapassou 10%, o mesmo ocorrendo com suas regionais de saúde. Observou-se, entretanto um aumento desse percentual nesse período (exceto para as regionais IV e VI), chegando a 20,5% para o RN (4,65% para 5,60%). A regional de saúde que apresentou o maior aumento foi a Grande Natal, com (61,6%), passando de 4,21% em 1996 para 6,80% em 2005. A seguir a V URSAP aumentou de 30,8% (4,48% para 5,96%), seguida da II URSAP, com 12,1% (4,18% para 4,68%), da III URSAP, com 9,9% (passando de 4,45% para 4,90%) e da I URSAP, com 9,3% (passando de 5,22% para 5,71%). A VI URSAP, além de apresentar a maior redu-

ção (51,26%), ficou com o menor percentual em 2005 (3,45%). A IV URSAP reduziu de 12,4%, passando de 4,80% em 1996 para 4,21% em 2005.

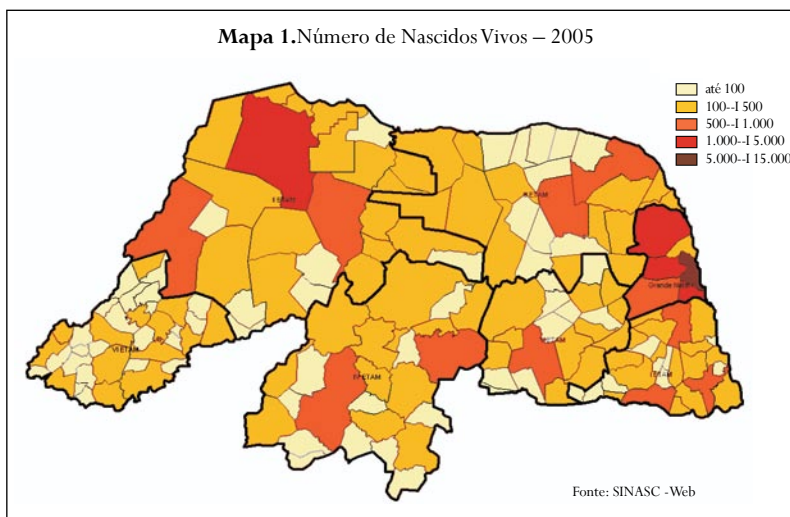
O Percentual de Mães Adolescentes (menos de 20 anos de idade) em relação ao total de partos para o RN (Gráfico 4.1), ao longo dos últimos nove anos, foi sempre superior a 20% em todos os anos, o mesmo ocorrendo com suas regionais de saúde. Observou-se, entretanto, assim como ocorreu com os partos prematuros, um aumento desse percentual nesse período (exceto para a regional II e Grande Natal), chegando a 1,5% para o RN (24,13% para 24,48%). A regional de saúde que apresentou o maior aumento foi a V URSAP (15,5%), passando de 23,92% em 1996 para 27,63% em 2005. A seguir a VI URSAP aumentou de 12,7% (21,65% para 24,40%), seguida da III URSAP, que aumentou de 12,0% (26,18% para 27,32%), a I URSAP com 1,9% (25,03% para 25,51%) e a IV URSAP, com 1,7% (passando de 25,46% para 25,90%). A Grande Natal, apesar de apresentar a maior redução (11,1%), ficou com um percentual superior a 20% em 2005 (21,41%). A II URSAP reduziu de 1,4%, passando de 26,62% em 1996 para 26,23% em 2005.

O Percentual de Baixo Peso ao Nascer para o RN (Gráfico 4.1), ao longo dos últimos nove anos, não ultrapassou 10%, em todos os anos, o mesmo ocorrendo com suas regionais de saúde. Observou-se, entretanto, um aumento desse percentual nesse período (exceto para a IV URSAP), chegando a 3,7% para o RN (7,00% para 7,26%). A regional de saúde que apresentou o maior aumento foi a III URSAP, com (22,0%), passando de 5,83% em 1996 para 7,11% em 2005. A seguir a V URSAP aumentou de 21,3% (6,24% para 7,57%), seguida da I URSAP com 7,7% (6,50% para 7,00%), VI URSAP com 6,1% (passando de 5,38% para 5,71%) e a Grande Natal, com 1,6% (passando de 7,86% para 7,99%). A IV URSAP reduziu de 11,7%, passando de 7,10% em 1996 para 6,27% em 2005.

b) Número de nascidos vivos

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado no Rio Grande do Norte em 1992. A estimativa de ocorrência de nascimentos para o ano de 2005 foi de 60061 nascidos vivos, e o SINASC captou 52007 nascimentos vivos ocorridos e residentes no estado, apresentando uma taxa de natalidade de 17,3/1000 habitantes, com provável subnotificação de 13,4%.

A distribuição espacial do número de nascidos vivos no estado (Mapa 1) caracterizou-se pela concentração de 90% (151) de municípios com número de nascidos vivos menor que 500 no ano de 2005; mais especificamente 50% estão entre 100 a 500 e 40% estão com menos de 100. Apenas 4 municípios tiveram nascimentos vivos entre 1000 a 5000 crianças, e Natal foi o único município que apresentou mais de 5000 nascidos vivos (13.719) no ano de 2005.



Quanto à variável sexo, dos nascimentos vivos em 2005, com informação conhecida, 51,0% (26495) foram masculinos e 49,0% (25424) femininos, compatível com os dados nacionais e internacionais de que nascem mais homens do que mulheres. O percentual de nascimentos masculinos foi de 50,8% para a II URSAP e Grande Natal (4718 e 10585 respectivamente); 51,0% para a III URSAP (2205); 51,1% para a IV URSAP (2282); 51,2% para a I URSAP (2970); 51,4% para a V URSAP (1592) e 52,1% para a VI URSAP (2142).

c) Percentual de Partos Hospitalares

Do total de nascimentos vivos no Rio Grande do Norte em 2005 (Tabela 1), a sua maioria, 95,8% (49804), ocorreu em unidades hospitalares, variando de 91,5% (1714) na Grande Natal a 99,9% (4109) na VI URSAP. Os partos ocorridos no domicílio foram apenas 0,25% (130), variando de 0,09% (4) na IV URSAP a 0,76% (33) na III URSAP, seguindo a tendência nacional, em que os mesmos são cada dia mais raros.

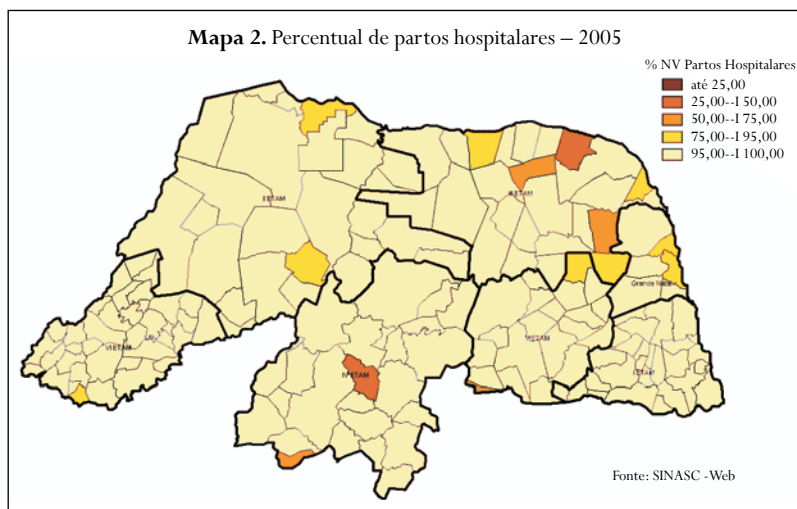
Tabela 1. Nascidos vivos segundo o local de ocorrência - RN e Regionais de Saúde - 2005

Regional de saúde	Hospital	Outro Estab. Saúde	Domicílio	Outros	Total	% Nascim. Hospitalar	% Nascim. domiciliar
I URSAP	5729	65	15	6	5815*	98,52	0,26
II URSAP	9264	9	17	0	9290	99,72	0,18
III URSAP	4160	118	33	13	4324	96,21	0,76
IV URSAP	4393	62	4	15	4474	98,19	0,09
V URSAP	3040	47	9	1	3097	98,16	0,29
VI URSAP	4109	1	4	0	4114	99,88	0,10
Grande Natal	19106	1714	48	21	20889	91,46	0,23
RN	49804	2016	130	56	52006*	95,77	0,25

Fonte: SINASC-SESAP/RN

* Excluído 1 nascido vivo com informação ignorada

A distribuição espacial do percentual de partos hospitalares relativos ao triênio 2000-2005 (Mapa 2) caracterizou-se pela concentração de 91% dos municípios (152) com percentual acima de 95,00%. Nove municípios (5%) apresentaram percentuais variando de 83,67% a 94,81%. Apenas quatro municípios ficaram com percentuais entre 50,00% a 75,00%: Ipueira (71,72%); Taipu (62,12%); Jaçanã (50,91%) e Parazinho (50,54%). Somente os municípios Cruzeta (47,44%) e São Miguel do Gostoso (34,73%) apresentaram percentuais inferiores a 25,00%.



d) Percentual de Partos Cesareana

O percentual de cesareana (Tabela 2) representou 36,2% (18825) dos nascimentos vivos em 2005, com informação conhecida (51953), muito acima do percentual recomendado pela OMS, que é no máximo 15% de cesáreas em relação ao total de partos. Esse per-

centual variou entre as USARP: 20,9% (646) para a V URSAP; 24,6% (1065) para a III URSAP; 27,6% (1603) para a I URSAP; 35,4% (1582) para a IV URSAP; 42,7% (1753) para a VI URSAP; 39,3% (8188) para a Grande Natal e 42,9% (3986) para a II URSAP. O Brasil apresentou 41,8% de nascimentos cesáreos em 2004, variando de 52,6% em São Paulo – 51,5% em Rondônia – 51,0% no Rio de Janeiro a 21,6% em Roraima – 22,7% no Amapá e 24,3% no Maranhão. (http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=24453).

Tabela 2. Nascidos vivos segundo o tipo de parto – RN e Regionais de Saúde – 2005

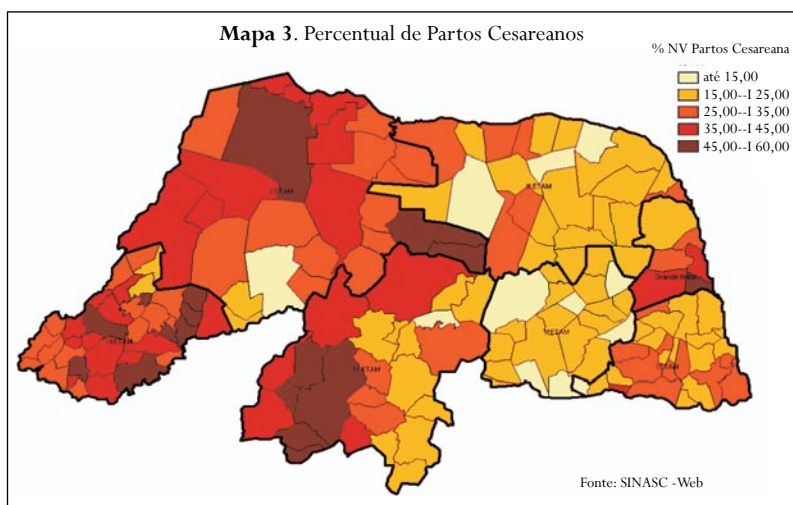
Regional de Saúde	Partos Vaginais	Partos Cesáreos	Total*	% Cesareana
I URSAP	4204	1603	5807	27,60
II URSAP	5298	3986	9284	42,93
III URSAP	3258	1065	4323	24,64
IV URSAP	2889	1582	4471	35,38
V URSAP	2450	646	3096	20,87
VI URSAP	2356	1753	4106	42,66
Grande Natal	12672	8188	20860	39,25
RN	33128	18825	51953	36,23

Fonte: SINASC – SESAP/RN

* Excluídos 45 nascidos vivos com informação ignorada

A distribuição espacial do percentual de partos cesareana relativos ao triênio 2000-2005 (Mapa 3) caracterizou-se pela concentração de 66% dos Amunicípios (110) com percentual variando de 15,58% (Presidente Juscelino) a 34,70% (Lajes), sendo que 61 destes ficaram no intervalo 15,00 –| 25,00 e 49 no intervalo 25,00 –| 35,00. Mais 28 municípios variaram de 35,01% (Passa e Fica) a 44,92% (Jardins de Piranha). Os campeões da cesareana ficaram para 17 municípios com

mais de 45,00%: Alexandria (56,65); Timbaúba dos Batistas (55,42); Caicó (54,25); Angicos (53,33); São João do Sabugi (52,46); São Fernando (51,23); José da Penha (51,02); Viçosa (50,00); Ipueira (49,49); Almino Afonso (48,98); Rafael Godeiro (48,78); Fernando Pedroza (48,36); Pau dos Ferros (47,99); Olho-d'Água do Borges (47,31); Parnamirim (46,67); Frutuoso Gomes (46,60) e Mossoró (46,56). Os menores percentuais (inferior a 15,00%) ficaram para: Lagoa Nova (14,52); Pedro Avelino (14,42); Lagoa de Velhos (14,38); Monte das Gameleiras (14,29); Augusto Severo (14,15); Januário Cicco (14,11); Parazinho (13,36); Japi (12,83); São Pedro (12,50); São Bento do Trairi (10,95); São Tomé (10,83) e São Miguel do Gostoso (1,15).



e) Percentual de Nascimentos Prematuros

O recém-nascido prematuro ou pré-termo é aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação (258 dias ou menos), contando a partir do primeiro dia do último período menstrual. Essa classifica-

ção, no entanto, ainda é motivo de controvérsia entre neonatologistas e obstetras. Eles consideram que o peso ($< 2500\text{g}$) define melhor a prematuridade. (Mendes, 2005)

Apesar de a sobrevida ter melhorado nos últimos anos, principalmente nos centros terciários, 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, etc) e atenção médica (cesáreas eletivas). Daí a importância do acesso e da qualidade da assistência pré-natal e do atendimento na hora do parto.

Tabela 3. Nascidos vivos segundo a idade gestacional – RN e Regionais de Saúde – 2005

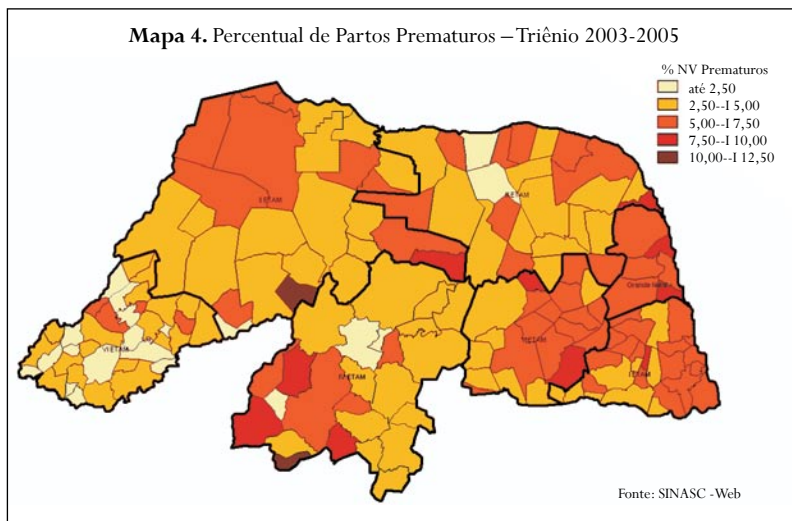
Regional de Saúde	Menos de 37 Semanas	37 a 41 Semanas	42 Semanas ou mais	Total*	% Prematuros	% Postermo
I URSAP	330	5336	117	5783	5,71	2,02
II URSAP	433	8750	62	9245	4,68	0,67
III URSAP	211	4063	36	4310	4,90	0,84
IV URSAP	188	4240	37	4465	4,21	0,83
V URSAP	181	2837	71	3089	5,86	2,30
VI URSAP	142	3875	93	4110	3,45	2,26
G r a n d e Natal	1414	19158	225	20797	6,80	1,08
RN	2899	48262	641	51802*	5,60	1,24

Fonte: SINASC – SESAP/RN

* Excluídos 205 nascidos vivos com informação ignorada

O Brasil apresentou 6,5% de nascimentos prematuros em 2004, variando de 2,9% no Acre – 3,8% em Roraima e Alagoas a 8,5% no Rio Grande do Sul – 8,4% no Mato Grosso do Sul – 8,3% no Distrito Federal. (http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=24455)

No Rio Grande do Norte, o percentual de partos prematuros representou 5,6% (2899) dos nascidos vivos em 2005, variando de 3,5% para a VI URSAP a 6,8% para a Grande Natal.



A distribuição espacial do percentual de partos prematuros relativos ao triênio 2000-2005 (Mapa 4) caracterizou-se pela concentração de 81% dos municípios (135) com percentual entre 2,51% a 7,50%, sendo 76 municípios variando de 2,63% (Frutuoso Gomes) a 4,97% (Lajes) e 59 municípios variando de 5,03% (São Gonçalo do Amarante) a 7,48% (Bom Jesus). Os campeões de partos prematuros foram: Triunfo Potiguar (11,50); Ipueira (11,11); Fernando Pedroza (9,92); São

Fernando (9,32); Serra Negra do Norte (9,32); Ruy Barbosa (8,45); Ouro Branco (8,29); Maxaranguape (8,07); Jundiá (7,86); Extremoz (7,66); Parnamirim (7,63) e São José do Campestre (7,56). Os menores percentuais ficaram para 20 municípios, variando de 2,47% (Rodolfo Fernandes) a 0,57% (Paraná).

Por definição, gravidez prolongada ou pós-termo é a gestação com 42 semanas completas ou mais (294 dias ou mais), contando a partir do primeiro dia do último período menstrual. A prevalência varia de 4 a 14%, na maioria dos estudos (Sá e col., 2000). A etiologia da gestação prolongada, assim como o parto prematuro ainda permanecem obscuros. Embora todos os fatores que compõem a mortalidade perinatal aumentem após 42 semanas de gestação (mortalidade anteparto, intra-parto e neonatal), o aumento mais significativo ocorre no período intra-parto, particularmente quando existe mecônio, e as principais causas são: hipertensão na gravidez, trabalho de parto prolongado com DCP, anoxia “inexplicada” e malformações.

O percentual de partos pós-termo representou 1,24% (641) dos nascidos vivos em 2005, variando de 0,67% para a II URSAP a 2,30% para a I URSAP.

f) Percentual de Nascidos Vivos de Baixo Peso

A principal causa do Baixo Peso ao Nascer-BPN no Brasil e em todo o mundo é a prematuridade e representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. Considerado preditor da sobrevivência infantil, traduz uma maior probabilidade de morte precoce quanto menor o peso ao nascer. Altas proporções de baixo peso ao nascer estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil. Valores menores de 5 a 6% são encontrados em áreas desenvolvidas. Como parâmetro internacional esse percentual não deve ultrapassar 10% (OPAS, 1990).

Tabela 4. Nascidos vivos segundo peso ao nascer – RN e Regionais de Saúde - 2005

Regional de Saúde	< 1500g	1500 a 2500g	2500 a 3999g	400g e+	total *	% 2500g	% 400ge+
I URSAP	53	352	4951	438	5794	6,99	7,56
II URSAP	93	546	7931	710	9280	6,89	7,65
III URSAP	47	259	3564	436	4306	7,11	10,13
IV URSAP	33	247	3829	358	4467	6,27	8,01
V URSAP	38	196	2615	242	3091	7,57	7,83
VI URSAP	36	198	3527	340	4101	5,71	8,29
Grande Natal	262	1405	17920	1277	20864	7,99	6,12
RN	562	3203	44340	3801	51906	7,25	7,32

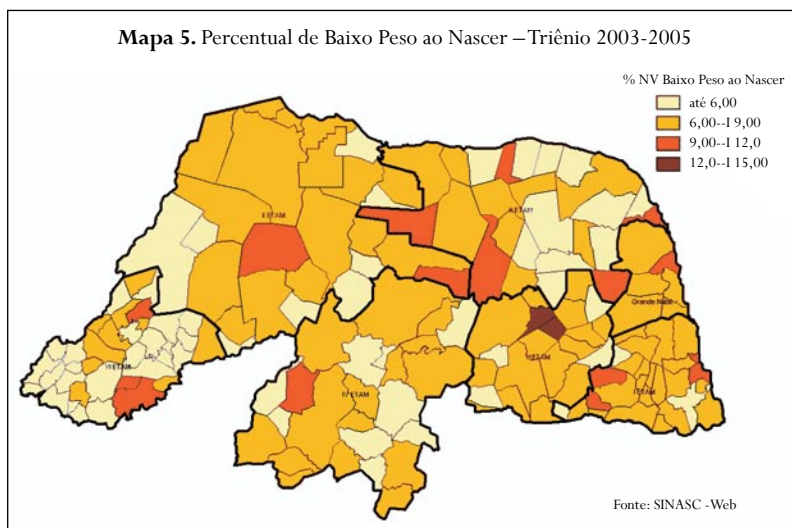
Fonte: SINASC – SESAP/RN

* Excluídos 101 nascidos vivos com informação ignorada

O Brasil apresentou 8,2% de baixo peso ao nascer em 2004, variando de 6,3 na Roraima – 6,5% na Paraíba e 6,7% no Mato Grosso e Tocantins a 9,6% em Minas Gerais – 9,3% no Rio Grande do Sul – 9,1% no Rio de Janeiro (http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=24455). No Rio Grande do Norte, em 2005, o baixo peso ao nascer (<2500g) representou 7,25% (3765) dos nascidos vivos em 2005, variando de 5,7% para a VI URSAP a 8,0% para a Grande Natal.

O peso considerado ideal pela OMS está entre 2500g a 3999g. Crianças nascidas com peso igual ou superior a 4000g são consideradas com sobrepeso, merecendo também atenção especial.

Destaca-se que, em 2005, a proporção de nascidos vivos com sobrepeso foi sistematicamente superior ao baixo peso tanto para o estado (7,32%) como para todas as regionais (exceto para a Grande Natal), chegando a 10% para a III URSAP.



A distribuição espacial do percentual de baixo peso ao nascer relativo ao triênio 2000-2005 (Mapa 5), caracterizou-se pela concentração de 89% dos municípios (149) com percentual igual ou menor que 9,00%, sendo que 59 municípios variaram de 2,41% (Timbaúba dos Batistas) a 6,00% (Martins), e 90 municípios variaram de 6,01% (Passa e Fica) a 8,96% (Sítio Novo). Os campeões de baixo peso ao nascer foram: Barcelona (13,29); Lagoa de Velhos (12,50); Maxaranguape (11,72); Serrinha (10,60); Ilmo Marinho (10,04); Upanema (9,95); Senador Georgino Avelino (9,91); Fernando Pedroza (9,76); Extremoz (9,66); Tibau do Sul (9,56); Afonso Bezerra (9,45); Riacho da Cruz (9,41); Pilões (9,39); São Fernando (9,26); Lagoa d'Anta (9,25); Alexandria (9,23); Caiçara do Norte (9,20) e Lajes (9,05).

g) Percentual de Nascidos Vivos de Mães de 10 a 19 anos

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 frequentes nos nascidos vivos de mães adolescentes e idosas.

Tabela 5. Nascidos vivos segundo idade da mãe – RN e Regionais de Saúde - 2005

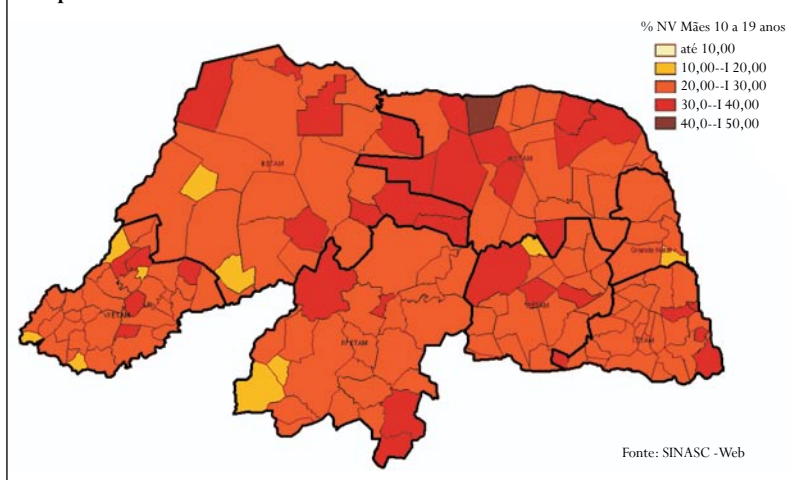
Regional de Saúde	10 a 19 anos	20 a 40 anos	40 e + anos	Total*	% Mães adolescentes	% Mães idosas
I URSAP	1528	4127	142	5797	26,36	2,45
II URSAP	2436	6696	154	9286	26,23	1,66
III URSAP	1265	2957	93	4315	29,32	2,16
IV URSAP	1156	3218	89	4463	25,90	1,99
V URSAP	855	2142	97	3094	27,63	3,14
VI URSAP	1002	3008	96	4106	24,40	2,34
Grande Natal	4470	16017	387	20874	21,41	1,85
RN	12712	38168	1058	51938*	24,48	2,04

Fonte: SINASC – SESAP/RN

* Excluídos 69 nascidos vivos com informação ignorada

O percentual de nascidos vivos de mães adolescentes em 2005 (Tabela 5) para o estado do RN foi de 24,5%, variando de 21,4% (Grande Natal) a 29,3% (III URSAP). Esse percentual para mães idosas foi de 2,04% para o estado, variando de 1,66% (II URSAP) a 3,14 % (V URSAP).

Mapa 6. Percentual de Partos de Mães entre 10 a 19 anos de idade—Triênio 2003-2005



A distribuição espacial do percentual de partos de mães adolescentes relativos ao triênio 2000-2005 (Mapa 6) caracterizou-se pela concentração de 94% dos municípios (157) com percentual acima de 20,00%, sendo que 123 municípios (74%) variaram de 20,08% (São João do Sabugi) a 29,86% (Carnaubais), 33 municípios (20%) variaram de 30,04% (Senador Georgino Avelino) a 36,17% (Tabuleiro Grande) e apenas Galinhos (42,45%) ficou com percentual acima de 40,00%.

h) Percentual de nascidos vivos de mães com mais de 6 consultas de pré-natal

O acompanhamento pré-natal satisfatório, ou seja, com mais de 6 consultas durante o período gestacional, foi realizado por 38,5% de gestantes em 2005, significando um atendimento a

19.686 gestantes. Esse percentual, entretanto, variou de 28,2% na I URSAP, chegando a 53,6% na VI URSAP. No Brasil esse percentual foi de 52,0% em 2004, variando de 28,3% no Norte a 65% no Sudeste e no Sul. (http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=24455).

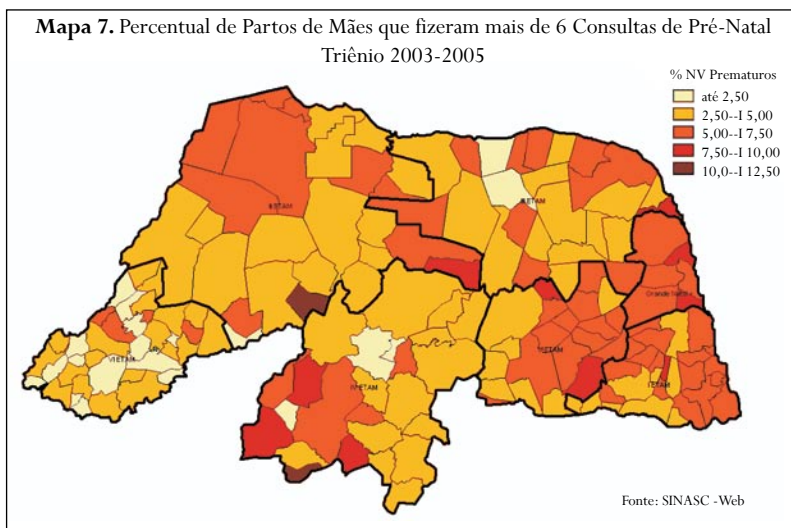
Tabela 6. Nascidos vivos segundo as consultas de pré-natal – RN e Regionais de Saúde – 2005

Regional de Saúde	Nenhuma consulta	1 a 3 consultas	4 a 6 consultas	Mais de 6 consultas	total *	% mais de 6 consultas
I URSAP	151	765	3140	1593	5649	28,20
II URSAP	81	342	6050	2777	9250	30,02
III URSAP	166	726	2150	1232	4274	28,83
IV URSAP	39	295	1999	2119	4452	47,60
V URSAP	43	332	1685	1006	3066	32,81
VI URSAP	21	194	1679	2186	4080	53,58
Grande Natal	525	2558	8574	8772	20429	42,94
RN	1026	5213	25278	19686	51203*	38,45

Fonte: SINASC – SESAP/RN

* Excluídos 638 nascidos vivos com informação ignorada

A distribuição espacial do percentual de partos de mães com mais de 6 consultas de pré-natal relativos ao triênio 2003-2005 (Mapa 7) caracterizou-se pela concentração de 68% dos municípios (114) com percentual inferior a 40,00%, sendo 26 municípios variando de 8,63% (Antônio Martins) a 19,93% (Canguaretama) e 88 municípios variando de 20,20% (Patu) a 40,00% (São Bento do Norte). Entre 40,03% (Pendências) e 57,83% (Timbaúba dos Batistas) estão 34 municípios. Os outros 19 municípios atingiram mais de 60,00%, sendo que 6 destes ficaram acima de 80,00%.



4.2 Análise de Mortalidade

a) Cobertura

Em 2005, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Rio Grande do Norte recebeu 14.231 notificações de óbitos, sendo 14.106 residentes neste estado. Dos óbitos de residentes no RN, 13.548 foram óbitos não fetais e 558 fetais.

O coeficiente geral de mortalidade (CGM) foi de 4,5 óbitos/1.000 habitantes (Tabela 7), com provável subnotificação de 24,8%, considerando-se a taxa de 6,0/1.000 habitantes como parâmetro. O CGM variou entre as Regionais de Saúde de 3,8 (I URSAP) a 5,3 (IV URSAP) óbitos/1.000 habitantes, sendo que a subnotificação variou inversamente, ou seja, quanto menor o valor do CGM, maior a subnotificação estimada. Sendo assim, mesmo que a distribuição etária entre as Regionais fosse padronizada, os resultados

do CGM não deveriam ser utilizados para comparações, pois não estariam refletindo a realidade, considerando-se as sub-notificações. Esses resultados, entretanto, apontam para a necessidade de se trabalhar a subnotificação de óbitos para o estado como um todo, pois se encontram em valores muito altos.

Tabela 7. Óbitos ocorridos e estimados – RN e Regionais de Saúde – 2005

Regional de Saúde	Número de Óbitos Ocorridos	CGM (p/1000 hab)	Número de Óbitos Esperados	Subnotificação Estimada
I URSAP	1295	3,8	2020	35,9
II URSAP	2307	4,3	3188	27,6
III URSAP	959	3,9	1459	34,3
IV URSAP	1561	5,3	1771	11,9
V URSAP	839	4,7	1068	21,5
VI URSAP	1192	5,0	1435	16,9
Grande Natal	5378	4,6	7076	24,0
RN	13548	4,5	18018	24,8

Fonte: SIM – SESAP/RN

b) Mortalidade por Sexo

Em relação ao sexo (Tabela 8), excluindo-se 6 óbitos com informação ignorada, 7.730 (57,1%) ocorreram no sexo masculino e 5.812 (42,9%) no sexo feminino. A razão masculino/feminino foi de 1,3, ou seja, um excesso de 30,0% de óbitos masculinos. O percentual de óbitos masculinos variou entre as Regionais de Saúde de 56,0% (IV URSAP) a 58,9% (I URSAP). A maioria das URSAP apresentou uma Razão de Sexo de 1,3, destacando-se a I e III URSAP com 1,4 (excesso de 40% de óbitos masculinos).

Tabela 8. Óbitos em relação ao sexo – RN e Regionais de Saúde – 2005

Regional de Saúde	Número de Óbitos	% Óbitos Masculinos	% Óbitos Femininos	Razão Óbitos Masculinos/Femininos
I URSAP	1295	58,9	41,1	1,4
II URSAP	2307	57,2	42,8	1,3
III URSAP	959	58,7	41,3	1,4
IV URSAP	1561	56,0	44,0	1,3
V URSAP	839	57,0	43,0	1,3
VI URSAP	1192	57,1	42,9	1,3
Grande Natal	5378	56,7	43,3	1,3
RN	13548	57,1	42,9	1,3

Fonte: SIM – SESAP/RN

c) Mortalidade proporcional por grupo etário: Curva de Nelson de Moraes e Indicador de Guedes

Para o ano de 2005, a Mortalidade Proporcional de menores de 1 ano foi responsável por 6,05% (819) do total de óbitos do estado com idade conhecida; na faixa etária de 1 a 4 anos, foram notificados 133 óbitos (0,98% do total de óbitos com idade conhecida); na faixa etária de 5 a 19 anos, 399 óbitos (2,95%); na faixa etária de 20 a 49 anos, 2.359 óbitos (17,42%); na faixa etária de 50 ou mais anos, 9.835 óbitos (72,61%).

Devido à variabilidade dos resultados da proporção para pequenos números, optou-se por construir os indicadores de Mortalidade Proporcional por Grupo Etário (incluindo a Curva de Nelson de Moraes) e o Indicador de Guedes para o triênio 2003-2005, garantindo-se, assim, uma melhor estabilidade dos dados por município e regionais.

Tabela 9. Mortalidade proporcional por grupo etário - Indicador de Guedes (IG) – Swaroop & Uemura Modificado – Rio Grande do Norte e Regionais – triênio 2003 a 2005

Regional de Saúde	% < 1 ano	% 1 a 4 anos	% 5 a 19 anos	% 20 a 49 anos	% 50 anos ou mais	Indicador de Guedes	Swaroop & Uemura Modificado % 65 anos ou mais
I URSAP	6,80	1,58	2,98	17,05	71,59	27,34	57,35
II URSAP	7,54	1,23	2,69	19,91	68,63	24,81	52,45
III URSAP	5,73	1,30	2,57	15,84	74,56	29,72	58,75
IV URSAP	5,21	0,66	2,12	13,35	78,66	32,90	65,83
V URSAP	6,74	1,10	3,31	12,44	76,41	31,23	63,17
VI URSAP	5,83	1,12	2,68	16,05	74,32	29,52	60,33
Grande Natal	6,17	1,10	3,09	19,56	70,07	26,17	53,34
RN	6,38	1,14	2,83	17,60	72,05	27,68	56,67

Fonte: SIM – SESAP/RN

A Curva de Mortalidade Proporcional, de autoria de Nelson de Moraes (Moraes, 1959), consiste na projeção gráfica dos valores da mortalidade proporcional nos grupos etários específicos (os mesmos utilizados na Tabela 9) e permite uma visualização rápida do estado de saúde da comunidade, distinguindo-se 4 (quatro) tipos esquemáticos de curvas, caracterizando níveis de saúde diferentes, conforme pode ser visto na Gráfico 2.

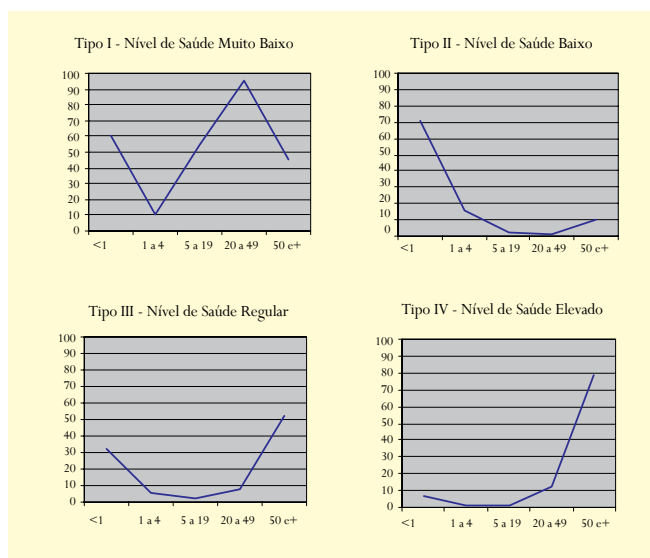


Gráfico 2. Curva de Nelson de Moraes

Para aumentar o poder discriminatório da Curva de Nelson de Moraes, Guedes & Guedes (1973) propõem sua quantificação, estabelecendo pesos para cada grupo etário, sendo positivo para o grupo de maiores de 50 anos e negativos para todos os menores de 50 anos. Este é chamado Indicador de Guedes e varia desde valores negativos até um valor máximo teórico de +50.

A Curva de Nelson de Moraes do estado do RN (Gráfico 3), para o triênio 2003-2005, apresentou-se como do tipo IV, indicando um nível de saúde elevado, confirmado por um Indicador de Guedes +27,68, considerado elevado.

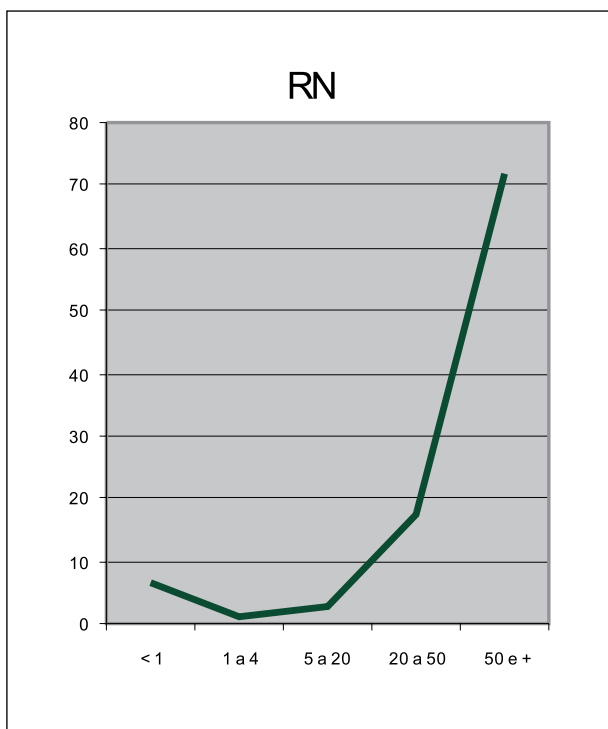


Gráfico 3. Curva de Nelson de Moraes e Indicador de Guedes – IG

IG = 27,68

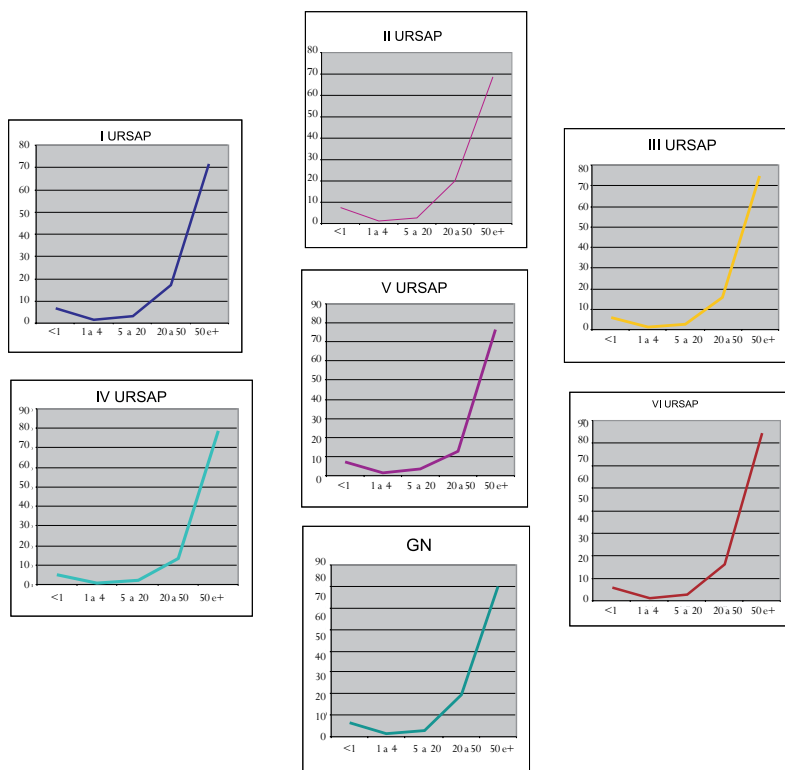
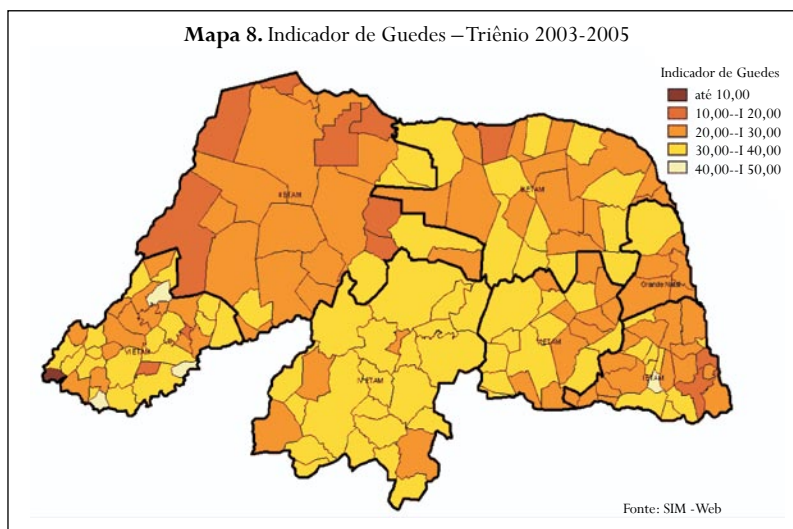


Gráfico 4. Curva de Nelson de Moraes e Indicador de Guedes – IG – 2003-2005

Fonte: 2003 e 2004 – SIM -DATASUS/MS e 2005 – SESAP-RN (dados sujeitos a revisão)

Apesar da Curva de Nelson de Moraes indicar um nível elevado para todas as regionais de saúde, o Indicador de Guedes revela desigualdades, variando de +24,81 (II URSAP) – pior condição – a +32,90 (IV URSAP) – melhor condição (Gráfico 4). A Mortalidade Proporcional Menor de 1 Ano-MP<1 e a Mortalidade Proporcional de 50 anos ou Mais-MP≥50 (conhecido como Indicador de Swaroop-Uemura) também são utilizadas, cada uma isoladamente ou em conjunto, como indicadores de condições de vida e saúde. Os

resultados encontrados pelo indicador de Guedes são corroborados por esses dois indicadores, além da Curva de Nelson de Moraes, onde a II URSAP apresentou a maior $MP < 1$ ano (7,54%) e o menor Indicador de Swarrop-Uemura (68,63%), enquanto a IV URSAP apresentou a menor $MP < 1$ ano (5,21%) e a IV URSAP a maior $MP \geq 50$ anos (78,66%). Para este último indicador Swarrop & Uemura (1957) propuseram quatro níveis de saúde: 1º nível $\rightarrow P \geq 50$ maior que 75% (melhor nível de saúde); 2º nível $\rightarrow MP > 50$ entre 50 a 74%; 3º nível $\rightarrow MP \geq 50$ entre 25 a 49% e 4º nível $\rightarrow MP \geq 50$ abaixo de 25% (pior nível de saúde). Sendo assim, as URSAP IV, V e III se encontram no 1º nível de desenvolvimento, enquanto as demais estão no 2º nível.

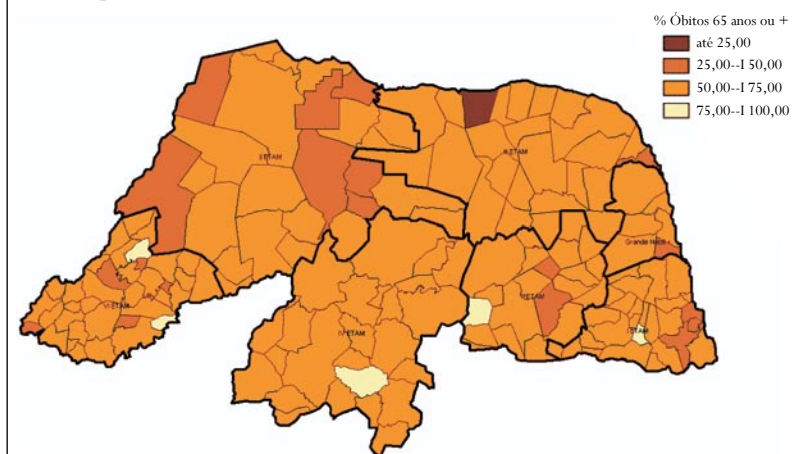


A distribuição geográfica do Indicador de Guedes revela importantes desigualdades, variando de +7,27 (pior condição) a +46,36 (melhor condição) (Mapa 8), com uma concentração de 90% dos municípios (150) entre 20,00 – 40,00, sendo que 75 municípios

variaram de 20,345 (Tangará) a 30,00 (Passa e Fica) e 75% variaram de 30,06% (Vera Cruz) a 40,00% (Jardins de Angicos). Os maiores valores foram encontrados para os municípios Riacho da Cruz (46,36); Paraná (42,69); Várzea (42,17) e João Dias (41,91). Doze municípios apresentaram valores entre 10,00 –|20,00: Tibau do Sul (19,59); Canguaretama (18,64); Apodi (18,11); Porto do Mangue (17,37); Lucrécia (16,94); Ipanguaçu (16,85); Tibau (15,25); Galinhos (15,00); Baraúna (14,82); Pilões (12,33); Serra do Mel (11,88); Itajá (11,13). O menor IG ficou para o município de Venha-Ver (7,27).

O poder discriminatório do Indicador de Swaroop-Uemura ultimamente está muito reduzido, devido ao aumento geral da expectativa de vida, sendo recomendado seu cálculo para 65 anos ou mais (Swaroop & Uemura Modificado). Portanto, calculando-se esse indicador modificado (Tabela 9), todas as URSAP passam para o 2º nível de saúde, sendo que a IV se mantém a de melhor nível, junto com a V e a VI, passando a ocupar o lugar da III URSAP, mantendo a II no nível de menor desenvolvimento.

Mapa 9. Mortalidade Proporcional com 65 anos ou mais – Triênio 2003-2005



A distribuição geográfica da Mortalidade Proporcional para 65 anos ou mais (Mapa 9) apresentou uma concentração de 85% dos municípios (142) entre 50,00 –| 75,00, classificando-se como 2º nível, utilizando-se a classificação de Swaroop & Uemura, variando de 50,16% (Pau dos Ferros) a 74,88% (Acari). Classificaram-se como de 1º nível (75,00 –| 100,00): Várzea (81,67); João Dias (78,72); Riacho da Cruz (77,27); Campo Redondo (77,03) e Jardim do Seridó (75,34). Dos 20 municípios restantes, 19 classificaram-se como de 3º nível (25,00 –| 50,00), variando de 30,30% (Venha-Ver) a 49,22% (Assu). O município Galinhos (25,00%) classificou-se como de 4º nível (igual ou menor que 25,00), pior nível de saúde.

d) Mortalidade por Causas mal Definidas

A frequência de óbitos com causa mal definida avalia o grau da qualidade da informação sobre causas de morte. Percentual elevado é bem maior em áreas menos desenvolvidas, refletindo não só uma pior condição de vida e saúde da população, como também uma menor qualidade ou mesmo ausência de assistência médica. Havendo acompanhamento médico na fase final do agravo, as deficiências na declaração das causas de morte, na maioria das vezes condicionada pela insuficiência e/ou deficiência de recursos médico-assistenciais, inclusive para diagnóstico.

Analisando-se a distribuição de óbitos por causas mal definidas, para o estado e regionais de saúde (Gráfico 4), observa-se uma redução no período de 2000 a 2005 para o estado de 87%, sendo mais acentuada na V e III URSAP, com uma redução de 196% e 158% respectivamente, seguida da VI, I, IV e II URSAP (97%, 95%, 57% e 54% respectivamente), ficando a Grande Natal com a menor

redução (0,18%). A Grande Natal, entretanto, apesar da menor redução, apresentou ao longo de todo o período os menores percentuais, chegando a 2005 com 5%. Já a V e III URSAP, apesar das maiores reduções, continuam em 2005 com altos percentuais (19% e 16%). As IV, I e VI URSAP se destacam com os maiores percentuais em 2005 (27%, 26% e 22%). A II URSAP, apesar de uma das menores reduções (54%), chegou a 2005 com 16%. O estado do RN chegou a 2005 com 15%. O ideal é que este valor não ultrapasse 5 a 10%. (MS, 1991)

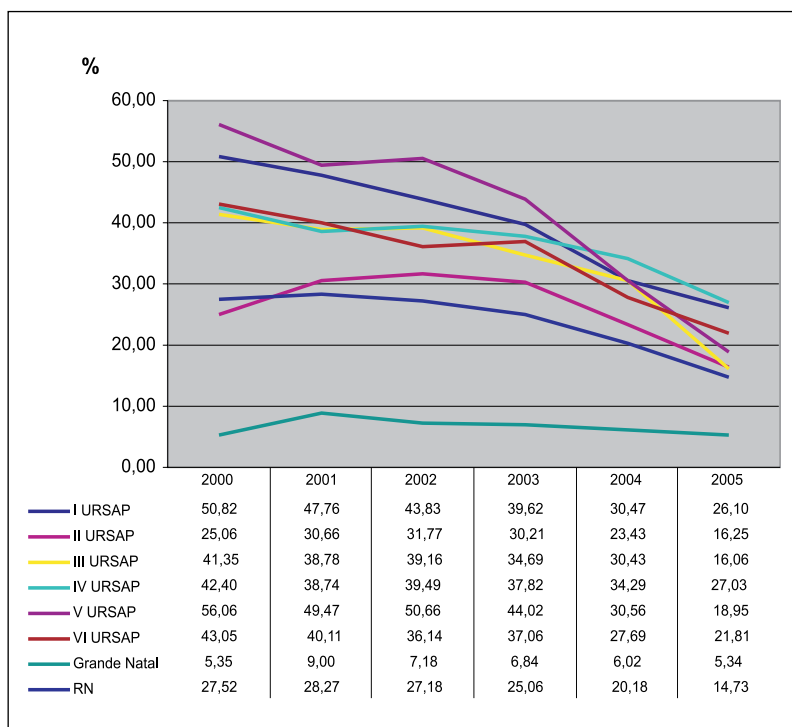


Gráfico 5. Mortalidade proporcional por causa mal definida

Fonte: SIM – DATASUS (2000 a 2004) SIM – SESAP/RN (2005)

Convém ressaltar que este indicador pode estar subestimado em áreas com baixa cobertura de informação sobre mortalidade, tendendo inicialmente a aumentar em áreas que procuram reduzir a subnotificação de óbito. Sendo assim, destaca-se que as maiores estimativas de subnotificação (Tabela 7) foram identificadas para as I, III e II USARP (36%, 34% e 28%), ficando a GN com 24%, seguida da V, VI e IV URSAP (22%, 17% e 12%), podendo estar influenciando no percentual de causas mal definidas.

A distribuição do percentual de causas mal definidas não é homogênea por idade, sendo geralmente maior nas idades extremas. No estado do RN, observa-se (Gráfico 6.4.2), tanto para o estado como para as regionais, um maior percentual no grupo dos idosos (65 anos ou mais), seguido pelo grupo de adultos e jovens (20 a 65 anos), e não pelos menores de um ano, como era de se esperar.

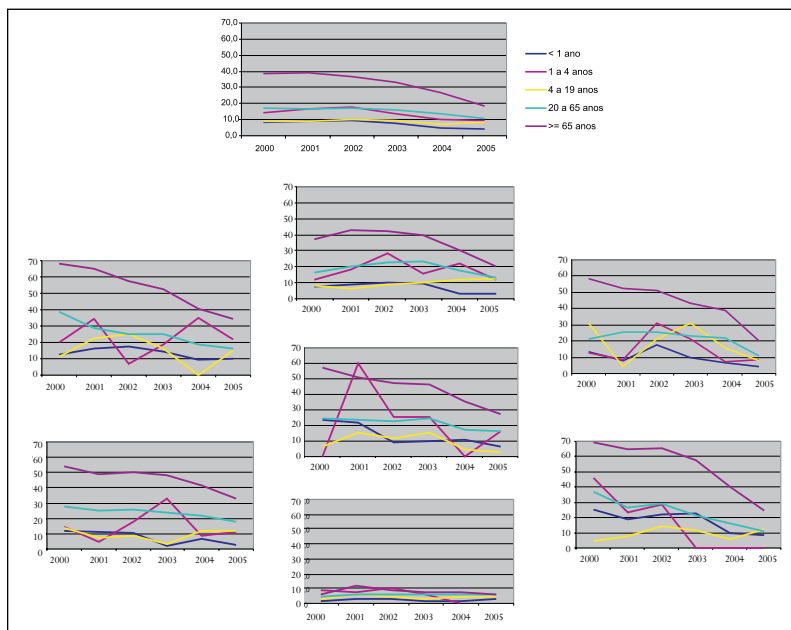


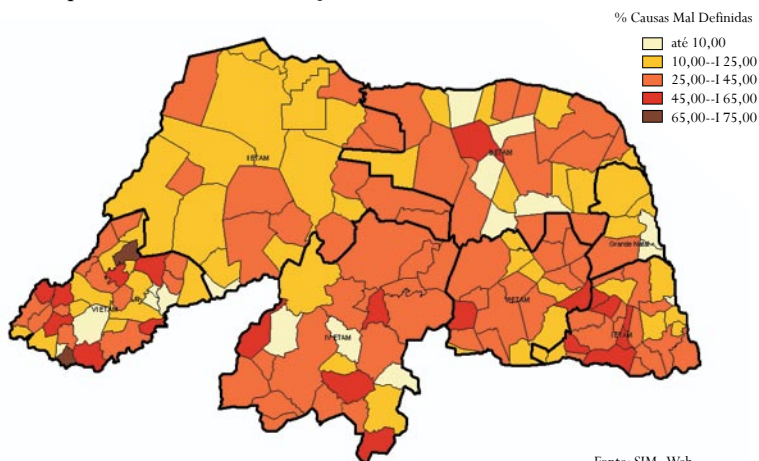
Gráfico 5. Mortalidade por causa mal definida e grupo etário - 2000 a 2005

Fonte: 200 a 2005 – SESAP/RN (Dados sujeitos a revisão)

O percentual de causas mal definidas entre os óbitos com mais de 65 anos chegou em 2005 ao valor de 18,60% para o estado, variando de 34,11% para a I URSAP, seguido de 33,11% (IV URSAP), 27,21% (VI URSAP), 24,36% (V URSAP), 20,46% (II URSAP) e 20,36 (III URSAP), ficando a Grande Natal com 5,31%. As USARP I, IV, e II apresentaram valores superiores a 10% para todas as faixas etárias. Além do grupo 65 anos e mais, as URSAP apresentaram valores superiores a 10% para os grupos de 4 a 19 e de 20 a 65 anos (V URSAP), de 1 a 4 e de 20 a 65 anos (VI URSAP), de 20 a 65 anos (III URSAP).

A Grande Natal apresentou valores inferiores a 10% para todos os grupos etários, enquanto o estado como um todo apresentou valores superiores a 10% para o grupo de 20 a 65 anos e também para o grupo de maiores de 65 anos.

Mapa 10. Percentual de Óbitos por Causas Mal Definidas – Triênio 2003-2005



A distribuição geográfica da Mortalidade Proporcional por Causas Mal Definidas (Mapa 10) apresentou uma concentração de 59% dos municípios (79) com percentual superior a 25,00%. Destes, Riacho da Cruz (69,57) e Paraná (65,96%) ficaram entre 65,00 –| 75,00; outros 20 municípios ficaram entre 45,00 –| 65,00, variando de 58,33% (Várzea) a 45,24% (Doutor Severiano), e os outros 76 municípios ficaram entre 25,00 –| 45,00, variando de 44,83% (Porto do Mangue) a 25,16% (Canguaretama). 52 municípios ficaram entre 10,00 –| 25,00, variando de 25,00 (Lagoa dos Velhos, Tabuleiro Grande e Vila Flor) a 10,53% (Pilões). Percentuais iguais ou menores de 10,00% foram identificados para 17 municípios, variando de 10,00% (Galinhas) a 2,04% (Lucrécia).

e) Mortalidade Proporcional por Causas

A Mortalidade Proporcional por Causas deve ser analisada excluindo-se do total dos óbitos o número relativo às Causas Mal Definidas, ou então, recomenda-se redistribuir proporcionalmente esse valor entre os outros grupos, tendo o cuidado de não incluir o grupo das Causas Externas nessa redistribuição e separado por sexo. (MS, 1991)

Quando o percentual de causas mal definidas é muito elevado, acima de 40%, o resultado das análises da mortalidade proporcional por causas fica inviável. Para percentuais acima de 10% e inferior a 40%, a análise fica prejudicada, e os resultados deverão ser interpretados com cautela.

Os principais grupos de causas de óbitos (excluídas as informações ignoradas) foram (Gráfico 6.5) as Doenças do Aparelho Circulatório, com 30% para o estado e demais regionais com valores iguais ou superiores, exceto a Grande Natal e II URSAP (com 19%

e 27%); seguidas das Neoplasias, com 16% para o estado e demais regionais com valores iguais ou superiores, exceto para a V e a I URSAP (ambas com 14%); a seguir vêm as Causas Externas, com 13% para o estado e demais regionais com valores iguais ou superiores, exceto para a Grande Natal, V e III URSAP (com 12%, 10% e 9%); por último, as Doenças do Aparelho Respiratório, com 10% para o estado e demais regionais com valores iguais ou superiores, exceto para a I e a III URSAP (com 9 e 8%).

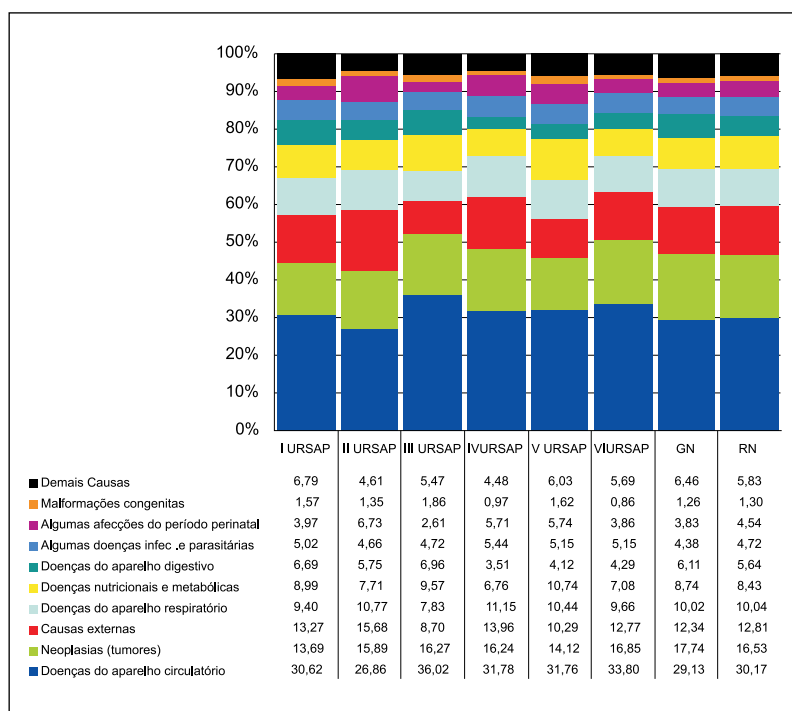


Gráfico 6. Mortalidade proporcional por causa – 2005

Fonte: SIH – DATASUS/MS

Apenas na III e na VI URSAP os óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório e Neoplasias somam mais de 50% do total de óbitos. Destaca-se também que os maiores percentuais de Causas Externas foram identificados para a II (16%) e a IV (14%) URSAP.

f) Mortalidade proporcional por causa e grupo etário

No ano de 2005, para o estado do RN (Gráfico 6.6), as Afecções do Período Perinatal junto com as Anomalias Congênicas somaram 71% dos óbitos com causas definidas para o grupo de **menores de cinco** anos de idade, variando de 56% (VI URSAP) a 78% (II e III URSAP). As Doenças do Aparelho Respiratório seguiram com 8%, variando de 4% (III URSAP) a 15% (I URSAP). As Doenças Infecciosas ficaram com 7%, variando de 3% (Grande Natal) a 16% (III URSAP). As Causas Externas ficaram com 4%, variando de 0% (III e V URSAP) a 10% (VI URSAP).

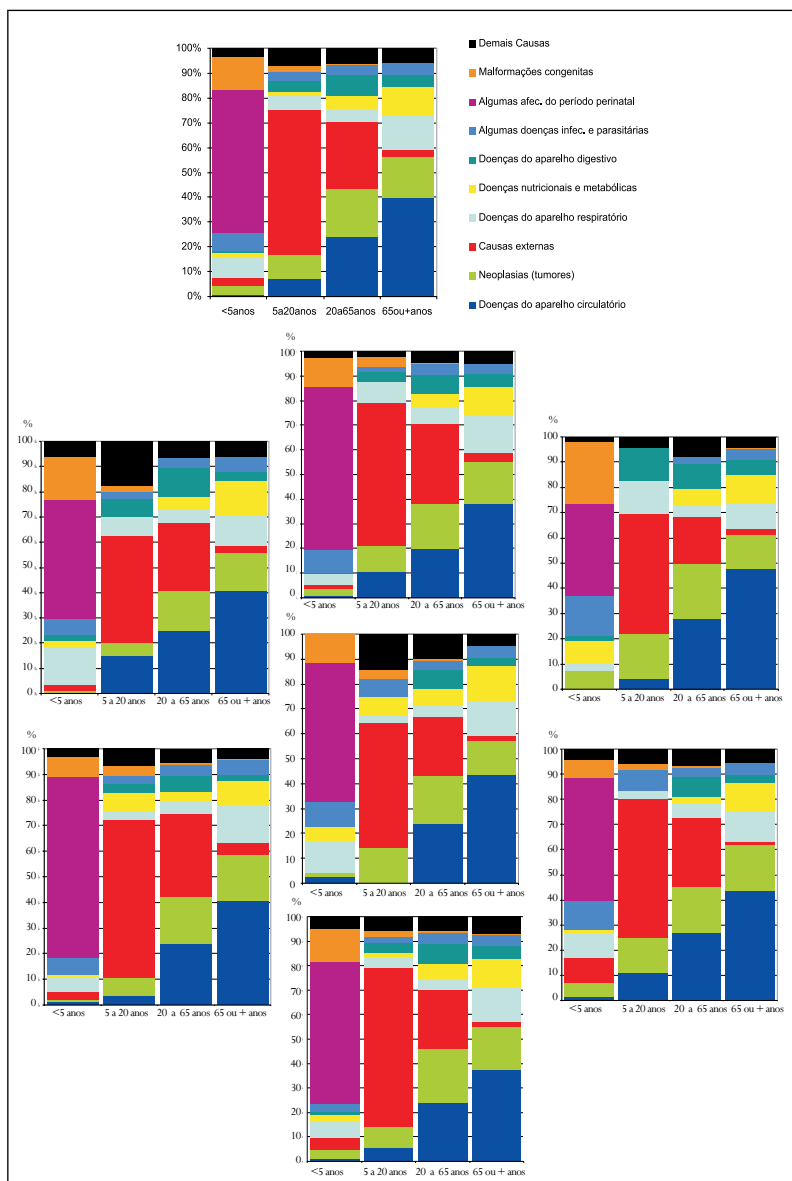


Gráfico 7. Mortalidade Proporcional por Causas (CID 10) e Grupo Etário – 2005

Fonte: SIH – DATASUS/MS

Na faixa etária de 5 a 19 anos, as Causas Externas destacaram-se como a principal causa de morte, com 58% dos óbitos com causas definidas. Apenas a URSAP I (43%) e a IV (49%) apresentaram percentuais inferiores a 50%, sendo que a Grande Natal ficou com o maior percentual (65%). As Neoplasias seguiram com 10%, variando de 5% (I URSAP) a 17% (III URSAP).

As Causas Externas também predominaram no grupo de 20 a 64 anos de idade, com 26% dos óbitos com causas definidas, variando de 18% (III URSAP) a 33% (II e IV URSAP). As Doenças do Aparelho Circulatório seguiram com 24%, variando de 20% (II URSAP) a 28% (III URSAP). As Neoplasias ficaram com 20%, variando de 16% (I URSAP) a 22% (III URSAP e Grande Natal).

No grupo dos idosos (65 anos ou mais), as Doenças do Aparelho Circulatório destacaram-se como a principal causa de morte, com 40% dos óbitos com causas definidas. Apenas a II URSAP (38%) e a Grande Natal (37%) apresentaram percentuais inferiores a 40%, sendo que a III URSAP ficou com o maior percentual (48%). As Neoplasias seguiram com 17%, variando de 13% (III e V URSAP) a 18% (IV e VI URSAP). As Doenças do Aparelho Respiratório ficaram com 14%, variando de 10% (III URSAP) a 15% (II e IV URSAP). As Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas também se destacaram com 12%, variando de 9% (IV URSAP) a 14% (I e V URSAP).

4.3 Análise de Morbidade

Apresenta-se, nessa sessão, a análise de morbidade no RN por URSAP.

a) Proporção de Internações Hospitalares por Grupo de Causas

A Proporção de Internações Hospitalares por grupo de causas mede a participação relativa de causas de internação hospitalar no total de internações realizadas no SUS. Apesar de a concentração de internações em determinados grupos de causas sugerir correlações com os contextos econômicos e sociais, ela não expressa necessariamente o quadro nosológico da população residente e que depende do SUS. Reflete, na verdade, a demanda hospitalar que, por sua vez, está condicionada pela oferta de serviços no SUS.

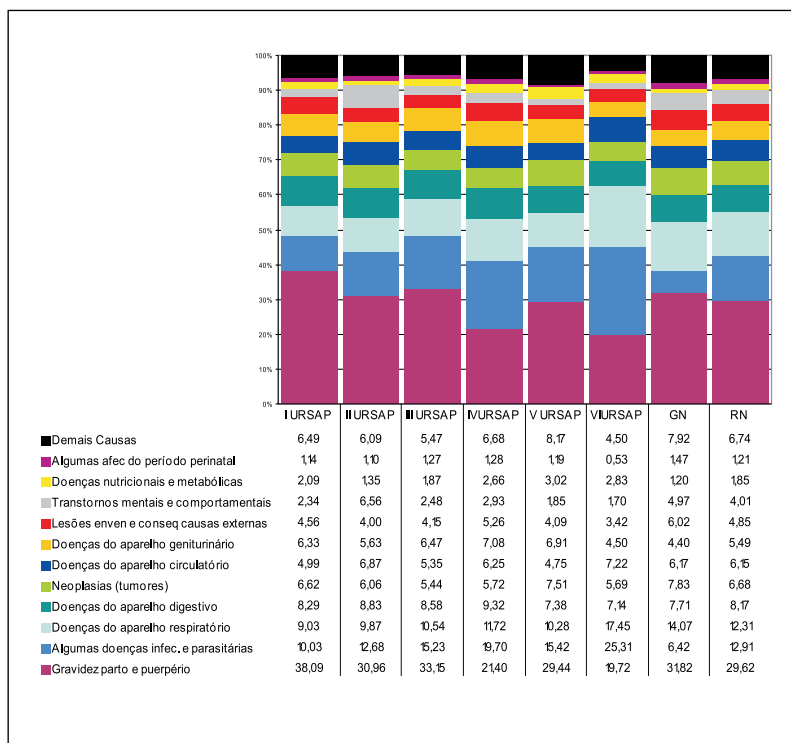


Gráfico 8. Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupo de causa – 2005

Fonte: SIH – DATASUS/MIS

Cerca de um terço das internações realizadas no SUS refere-se a atendimento ao **Parto, gravidez e puerpério**, para o estado e suas regionais de saúde (Gráfico 8), exceto para a IV e a VI URSAP (onde esta causa representa um quinto das internações), sendo que para a VI URSAP esta causa vem em segundo lugar, após o grupo das internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias. Excluindo-se as internações referentes ao Parto, gravidez e puerpério, as **Doenças Infecciosas e Parasitárias** aparecem como principal causa de morbidade hospitalar para o estado (18,4%) e todas as suas regionais (exceto a Grande Natal), variando de 16,2% (I URSAP) a 31,5% (VI URSAP). Em segundo lugar, aparecem as **Doenças do Aparelho Respiratório** (17,5%), variando de 14,3% (I URSAP) a 21,7% (VI URSAP). Em terceiro lugar, apresentam-se as **Doenças do Aparelho Digestivo** para o estado (11,6%) e regionais (exceto para a V e a VI URSAP), variando de 11,3% (Grande Natal) a 13,0% (I, II e III URSAP). Em quarto e quinto lugar para o estado, encontram-se as **Neoplasias e Doenças do Aparelho Circulatório**, respectivamente. Para as regionais de saúde, ocupando o quarto e quinto, estão as Neoplasias, Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Genitourinário e Doenças do Aparelho Digestivo, variando de posição entre as regionais. Destaca-se, entretanto, a presença dos Transtornos mentais e comportamentais, ocupando o quarto lugar para a II URSAP (9,5%).

A Grande Natal apresentou um perfil diferenciado do estado, onde as Doenças do Aparelho Respiratório foram a principal causa de internação (20,6%), seguidas das Neoplasias (11,5%), ficando em terceiro lugar, como a maioria das URSAP,

as Doenças do Aparelho Digestivo. Em quarto e quinto lugar, ficaram as Doenças Infecciosas (9,4%) e as Circulatórias (9,0%). Para o Brasil (também excluindo-se as causas relacionadas à gravidez), em 2000, as Doenças do Aparelho Respiratório aparecem como a principal causa de morbidade hospitalar em todas as regiões, seguidas das Doenças do Aparelho Circulatório, exceto para as regiões Norte e Nordeste, onde a segunda causa de morbidade corresponde às Doenças Infecciosas e Parasitárias.

b) Proporção de Internações Hospitalares por Causa e Grupo Etário

O perfil de causas de internação varia muito entre os diferentes grupos etários. No ano de 2005, para o estado do RN (Gráfico 9), as causas relacionadas ao **Parto, gravidez e puerpério**, predominaram apenas nos grupos de 5 a 20 anos e 20 a 65 anos, para o estado e todas as regionais. Excluído este grupo de causa, predominam no grupo etário de 5 a 20 anos as **Doenças Infecciosas e Parasitárias** e as **Doenças do Aparelho Respiratório**, para o estado e suas regionais, em especial para a VI URSAP, onde estes grupos de causa chegaram a 70,0% das internações. No grupo de 20 a 65 anos, ocorreu a maior variedade de causas de internações, predominando, entretanto, o conjunto das **Doenças Infecciosas e Parasitárias**, **Doenças do Aparelho Digestivo** e **Doenças do Aparelho Genitourinário**, destacando-se os **Transtornos Mentais e Comportamentais** para a II URSAP e Grande Natal. Para o grupo de idosos (65 anos ou mais) destacam-se as **Doenças do Aparelho Circulatório**, o aparecimento das **Neoplasias**, mantendo-se representativas também as **Doenças Infecciosas e Parasitárias**, as **Doenças do Aparelho Respiratório** e as **Doenças do Aparelho**

Digestivo. As causas de internação mais frequentes para os menores de 5 anos de idade foram as **Doenças Infecciosas e Parasitárias** e as **Doenças do Aparelho Respiratório**, destacando-se como particularidade desse grupo a presença das **Afecções relacionadas ao período perinatal**.

Destaca-se a presença das **Lesões, Envenenamentos e Consequências de Causas Externas** como causa de internação presente em todos os grupos etários, em especial no grupo de 5 a 20 anos, que esteve sempre superior a 10% (exceto para a VI URSAP com 5,90%), ficando o estado com 10,2% e variando de 10,6 a 12,5% entre as regionais nesse grupo etário específico.

A Grande Natal apresentou um perfil diferenciado de causas de internação em relação ao estados e demais URSAP, também por grupo etário, com as **Doenças do Aparelho Respiratório** se destacando para os grupos menores de 5 anos e de 5 a 20 anos; o grupo dos **Transtornos Mentais e Comportamentais**, destacando-se para o grupo de 20 a 65 anos, e as **Doenças do Aparelho Circulatório** e as **Neoplasias**, destacando-se para o grupo de 65 anos ou mais.

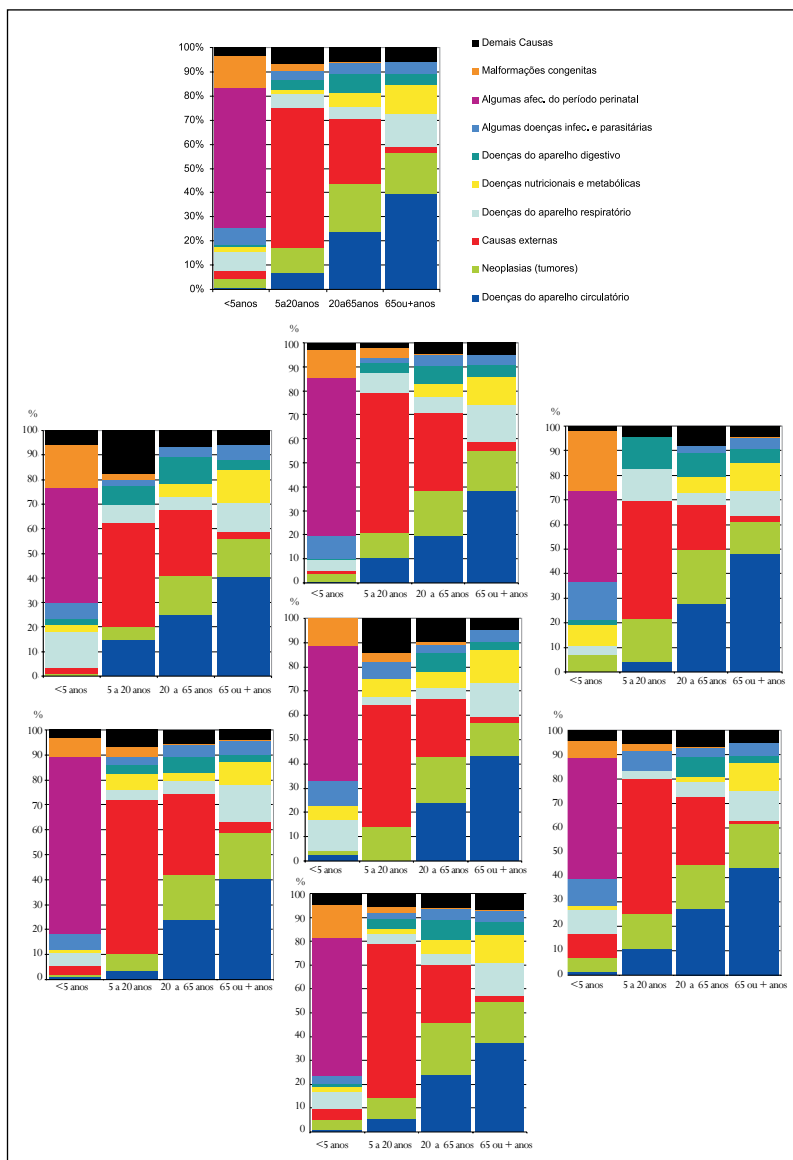


Gráfico 9. Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupo de causa (CID 10) e Grupo Etário – 2005

Fonte: SIH – DATASUS/MS

c) Doenças Infecciosas

AIDS

No período de 1983 a 2005, somam-se 2.121 casos de AIDS notificados no Rio Grande do Norte pela Vigilância Epidemiológica. Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que o número de casos notificados corresponda a 33,3% dos casos existentes e que para cada caso confirmado da doença existam outras 5 pessoas contaminadas. Portanto, para o Rio Grande do Norte, estima-se a existência de 6.427 casos e 32.136 pessoas infectadas com o vírus HIV.

No Brasil, até metade da década de 90, as taxas de incidência - número de casos novos de AIDS dividido pela população - foram crescentes, chegando a alcançar, em 1998, cerca de 17 casos da doença por 100 mil habitantes. Do total de casos, cerca de 80% estavam concentrados nas regiões Sudeste e Sul. Contudo, apesar da alta taxa de incidência e de ser a região mais atingida desde o início da epidemia, o Sudeste é a única região que se mostra num processo de estabilização, ainda que lento, desde 1998. A região Sul tem aumento das taxas de incidência de casos até 2003, porém com uma provável desaleração de crescimento nos anos mais recentes. Para a região Nordeste e demais regiões, mantém-se a tendência de crescimento nas taxas de incidência, principalmente nas regiões Norte (com destaque para Roraima) e Centro-Oeste.

No Rio Grande do Norte (Gráfico 10 e Tabela 10), a tendência de crescimento nas taxas de incidência é notável, sendo que nos últimos 10 anos essa taxa triplicou. O mesmo ocorre nas Regionais de Saúde, com destaque para a I URSAP, onde em

2005 essa taxa se apresentou cerca de 12 vezes maior que em 1995. Entretanto, apesar do maior percentual de crescimento da I URSAP, apresentou a menor taxa em 2005 (4,2 p/100.000 hab.). Já a Grande Natal, apesar de um crescimento bem menor (taxa de 2005 quase o triplo da taxa de 1995) apresentou a maior taxa, não apenas em 2005 (17 p/100.000 hab.), mas também para todo o período de 1983 a 2005.

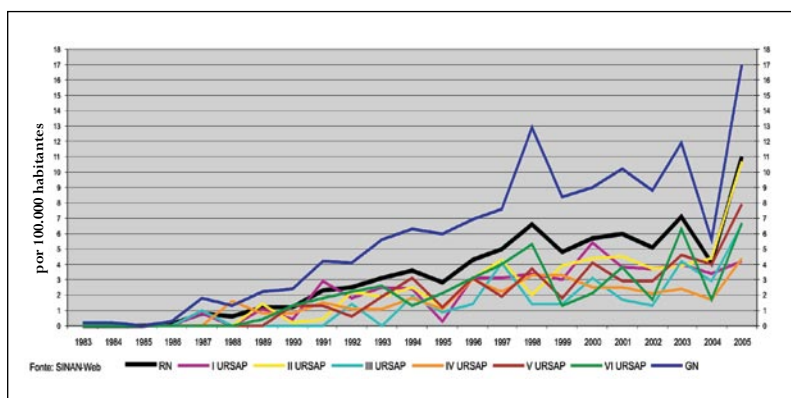


Gráfico 10. Coeficiente de incidência de AIDS no RN e Regionais de Saúde – 1983-2005

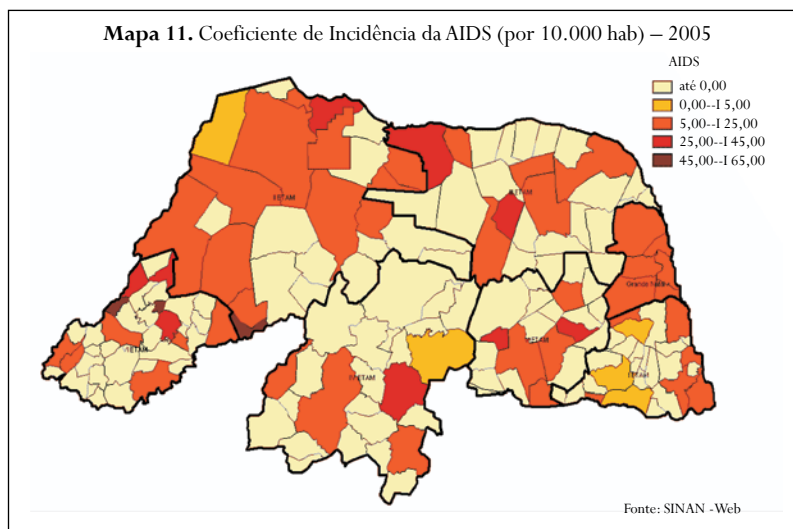
Fonte: SINAM – Web

Tabela 10. Casos de AIDS e taxa de incidência (por 100.000 hab.) RN e URSAP – 1983-2005

ANO	I URSAP		II URSAP		III URSAP		IV URSAP		V URSAP		VI URSAP		G.N		RN	
	N.º	Taxa	N.º	Taxa	N.º	Taxa	N.º	Taxa	N.º	Taxa	N.º	Taxa	N.º	Taxa	N.º	Taxa
1983	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,0
1984	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,0
1985	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1986	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	2	0,1
1987	2	0,8	0	0,0	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	1,8	17	0,8
1988	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,6	0	0,0	0	0,0	10	1,3	14	0,6
1989	3	1,1	6	1,4	0	0,0	2	0,8	0	0,0	1	0,4	17	2,2	29	1,2
1990	1	0,4	1	0,2	0	0,0	2	0,8	2	1,3	3	1,3	19	2,4	28	1,2
1991	8	2,9	2	0,4	0	0,0	4	1,5	2	1,3	4	1,8	35	4,2	55	2,3
1992	5	1,8	10	2,2	3	1,4	3	1,1	1	0,6	5	2,2	35	4,1	62	2,5
1993	7	2,5	9	1,9	0	0,0	3	1,1	3	1,9	6	2,6	49	5,6	77	3,1
1994	7	2,4	12	2,5	4	1,9	5	1,8	5	3,1	3	1,3	56	6,3	92	3,6
1995	1	0,3	6	1,2	2	0,9	3	1,1	2	1,2	5	2,1	54	6,0	73	2,8
1996	9	3,1	15	3,1	3	1,4	8	3,0	5	3,1	7	3,1	64	6,9	111	4,3
1997	9	3,1	21	4,3	9	4,1	6	2,2	3	1,9	9	4,0	72	7,6	129	5,0
1998	10	3,4	10	2,0	3	1,4	9	3,3	6	3,7	12	5,3	124	12,9	174	6,6
1999	9	3,0	19	3,9	3	1,4	9	3,3	3	1,8	3	1,3	82	8,4	128	4,8
2000	17	5,4	22	4,4	7	3,1	7	2,5	7	4,1	5	2,1	94	9,0	159	5,7
2001	12	3,8	23	4,5	4	1,7	7	2,5	5	2,9	9	3,8	109	10,2	169	6,0
2002	12	3,7	19	3,7	3	1,3	6	2,1	5	2,9	4	1,7	96	8,8	145	5,1
2003	13	4,0	20	3,9	10	4,2	7	2,4	8	4,6	15	6,3	132	11,9	205	7,1
2004	11	3,4	23	4,4	7	2,9	5	1,7	7	4,0	4	1,7	63	5,6	120	4,1
2005	14	4,2	57	10,7	16	6,6	13	4,4	14	7,9	16	6,7	200	17,0	330	11,0
TOTAL	150		275		76		103		78		111		1328		2121	

Fonte: SINAM – Web

A distribuição espacial da AIDS no estado em 2005 (Mapa 11) caracteriza-se pela abrangência de casos em apenas 35% dos municípios (58), sendo que, destes, 15 (9%) ainda não apresentaram nenhum caso. Os municípios de maior incidência (p/10.000hab.) foram: Viçosa (60,50); Messias Targino (51,16); São Francisco do Oeste (51,16); Lajes Pintadas (43,73); Presidente Juscelino (39,29); Itaú (36,36); Areia Branca (34,26); Pedra Preta (34,13); Macau (27,43); Acari (26,55); Martins (26,40); Rodolfo Fernandes (25,18).



Dengue

No Rio Grande do Norte, as persistentes epidemias de dengue vêm acometendo a população desde 1994, em decorrência da presença do mosquito transmissor, que tem encontrado, condições climáticas/ambientais favoráveis à sua permanência e perpetuação.

Os sorotipos Den 1, Den 2 e Den 3 já foram isolados pelo Departamento de Virologia da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no Rio de Janeiro e circulam também em nosso estado.

Ainda não foram encontrados indícios do sarotipo Den 4 no país. No entanto, sua presença já foi constatada no norte da América do Sul, e não está descartado o risco de introdução desse tipo no Brasil.

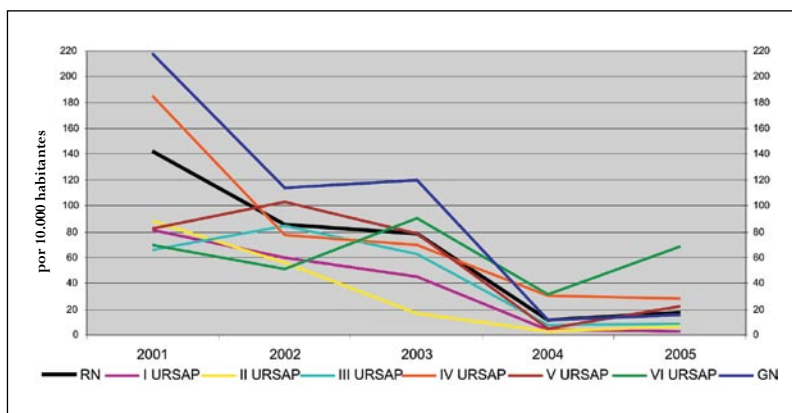


Gráfico 11. Incidência de Dengue (por 10.000 hab) – RN e Regionais – 2001 a 2005

Fonte: SINAN -Web

Tabela 11. Casos de DENGUE e incidência (por 10.000 hab.) – RN e USARP – 2001 a 2005

Ano	I URSAP		II URSAP		III URSAP		IV URSAP		V URSAP		VI URSAP		Grande Natal		RN	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
2001	2575	81,1	4514	88,8	1517	65,4	5273	185,4	1420	82,9	1636	69,5	23220	217,7	40165	142,7
2002	1934	60,3	2857	55,7	1985	84,8	2230	77,8	1787	103,5	1217	51,5	12372	113,6	24389	85,5
2003	1477	45,5	861	16,6	1495	63,3	2011	69,7	1373	78,9	2150	90,7	13287	119,7	22658	78,5
2004	126	3,8	153	2,9	192	8,1	883	30,4	78	4,5	748	31,5	1307	11,6	3490	11,9
2005	115	3,4	375	7,1	213	8,8	838	28,4	402	22,6	1650	69,0	1844	15,6	5439	18,1
TOTAL	6227		8760		5402		11235		5060		7401		52030		96141	

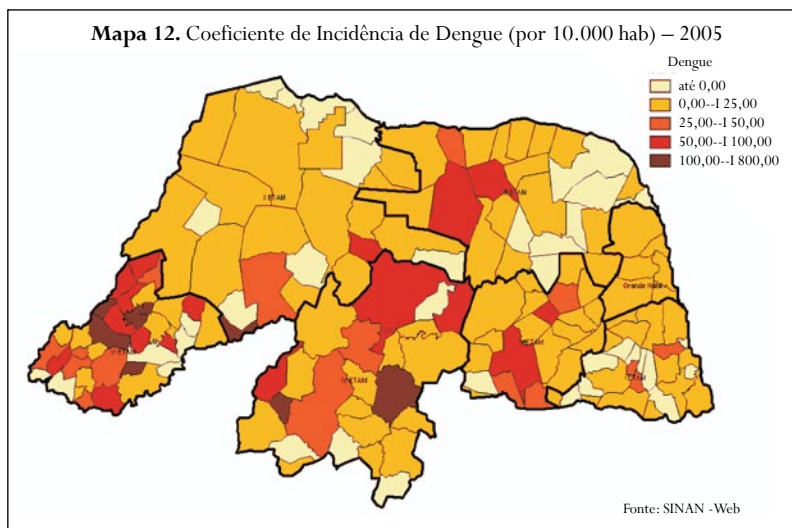
Fonte: SINAN - Web

No Rio Grande do Norte e em suas Regionais de Saúde (Gráfico 11 e Tabela 11), partindo-se de 2001, observa-se uma redução na incidência de Dengue no estado. Esta redução foi de 87% para o estado, variando entre suas Regionais. A VI URSAP, apesar da menor redução (07%), apresenta níveis mais altos em 2003, 2004 e 2005. As maiores reduções ficaram para a I (96%) e II (92%) URSAP e Grande Natal (93%).

A incidência no Rio Grande do Norte em 2005 é de 18,1 casos por 10.000 habitantes, variando de 3,4 (I URSAP) a 69,0 (VI URSAP). Essas Regionais, juntamente com a II URSAP, apresentam as menores incidências em 2005, estando abaixo do valor alcançado para o estado.

A distribuição espacial da dengue no estado em 2005 (Mapa 12) caracteriza-se pela abrangência da epidemia em quase toda a sua extensão territorial com diferentes graus de magnitude, com autoctonia na sua grande maioria. Os municípios de maior incidência são: Pilões (722,58/10.000 hab.); São Francisco do Oeste (374/10.000 hab.); Portalegre (236/10.000 hab.); Viçosa (206/10.000 hab.); Pau dos Ferros (170/10.000 hab.); Messias Targino (154/10.000 hab.); Timbaúba dos Batistas (128/10.000 hab.); Acari (119/10.000 hab.).

A incidência de dengue em 2005 para os Municípios Prioritários do Controle de Dengue foi de: Pau dos Ferros (170/10.000 hab.); Santa Cruz (63/10.000 hab.); Caicó (33/10.000 hab.); Natal (19/10.000 hab.); Jardim do Seridó (17/10.000 hab.); Currais Novos (16/10.000 hab.); Extremoz (13/10.000 hab.); São Gonçalo do Amarante (9/10.000 hab.); Parnamirim (9/10.000 hab.); Ceará-Mirim (7/10.000 hab.); Macaíba (7/10.000 hab.); Apodi (5/10.000 hab.); Mossoró (5/10.000 hab.); João Câmara (3/10.000 hab.); Assu (3/10.000 hab.) e São José de Mipibu (0,3/10.000 hab.).



Hanseníase

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) esteja anunciando a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, isto é, chegar a uma prevalência de menos de um paciente para cada 10.000 habitantes, no início do terceiro milênio, a doença continua sendo um sério problema no mundo. A lepra ataca hoje em dia mais de 11 milhões de pessoas em todo o mundo. Há cerca de 560.000 casos novos por ano no mundo. Estima-se em 2 milhões o número de pessoas severamente mutiladas pela lepra em todo o mundo. No entanto em países desenvolvidos é quase inexistente. Atualmente, a maior prevalência da hanseníase se encontra no Sudeste Asiático, seguido de regiões da África e das Américas. O Brasil é o segundo país com o maior número

de casos registrados, estando atrás apenas da Índia. Após a assinatura do compromisso para a eliminação da hanseníase, em 1991, houve uma redução da prevalência de 60%, no país, em decorrência das altas por cura, no entanto houve um aumento na detecção de casos novos em mais de 100%.

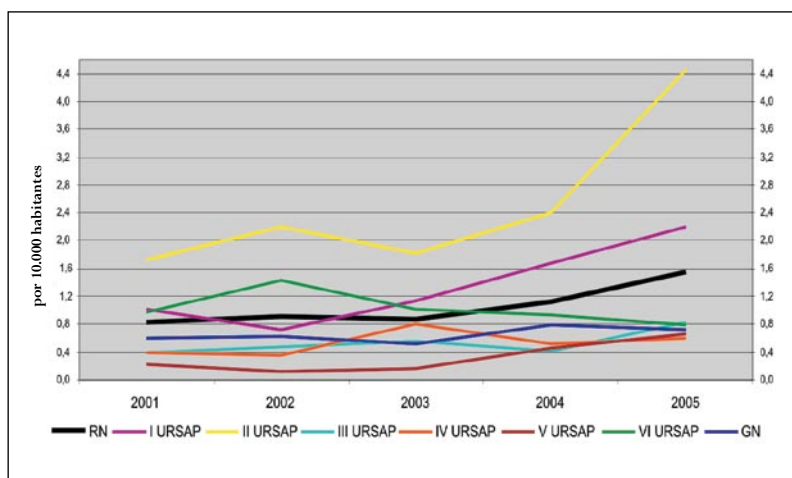


Gráfico 12. Coeficiente de detecção de HANSENÍASE (por 10.000 hab)
RN e Regionais – 2001 a 2005

Fonte: SINAN -Web

Tabela 12. Casos de HANSENÍASE e coeficiente de detecção (por 10.000 hab.) – RN e URSAP – 2001 a 2005

ANO	I URSAP		II URSAP		III URSAP		IV URSAP		V URSAP		VI URSAP		Grande Natal		RN	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
2001	32	1,0	88	1,7	9	0,4	11	0,4	4	0,2	23	1,0	65	0,6	232	0,8
2002	23	0,7	113	2,2	11	0,5	10	0,4	2	0,1	34	1,4	67	0,6	260	0,9
2003	37	1,1	94	1,8	13	0,6	23	0,8	3	0,2	24	1,0	57	0,5	251	0,9
2004	55	1,7	126	2,4	10	0,4	15	0,5	8	0,5	22	0,9	88	0,8	324	1,1
2005	74	2,2	241	4,5	20	0,8	18	0,6	12	0,7	19	0,8	85	0,7	469	1,6
TOTAL	221		662		63		77		29		122		362		1536	

Fonte: SINAN -Web

Em relação à detecção de casos novos, mesmo com a limitação deste indicador para detectar oportunamente as variações de tendência, pois o diagnóstico da doença é muito tardio, o Rio Grande do Norte também apresenta uma tendência de crescimento na incidência da hanseníase, que de 2001 a 2005 praticamente duplicou (Gráfico 12 e Tabela 12). O mesmo ocorreu nas Regionais de Saúde, com destaque para a V URSAP, onde em 2005 essa taxa se apresentou cerca de 20 vezes maior que em 2001. Entretanto, apesar do maior percentual de crescimento, a V URSAP apresentou uma das menores taxas em 2005 (0,7 p/10.000 hab.), perdendo apenas para a IV URSAP (0,6 p/10.000hab.). Já a VI URSAP, apesar de ser a única regional a reduzir a incidência nesse período (redução de 90%), nos anos de 2001, 2002 e 2003 apresentou-se sistematicamente superior ao valor do estado, chegando em 2005 a 0,8 p/10.000 hab. A I e a II URSAP, além de apresentarem um crescimento considerável (taxa de 2005 quase 13 e 17 vezes a taxa de 1995, respectivamente), apresentaram sistematicamente (exceto 2002 para a I URSAP) as maiores taxas, não apenas em 2005 (2,2 e 4,5 p/10.000 hab.), mas também para todo o período. O aumento das taxas pode ser em parte atribuído à melhoria da capacidade de detecção de casos, como resultado da descentralização das ações de controle e da realização de campanhas de esclarecimento público sobre a doença.

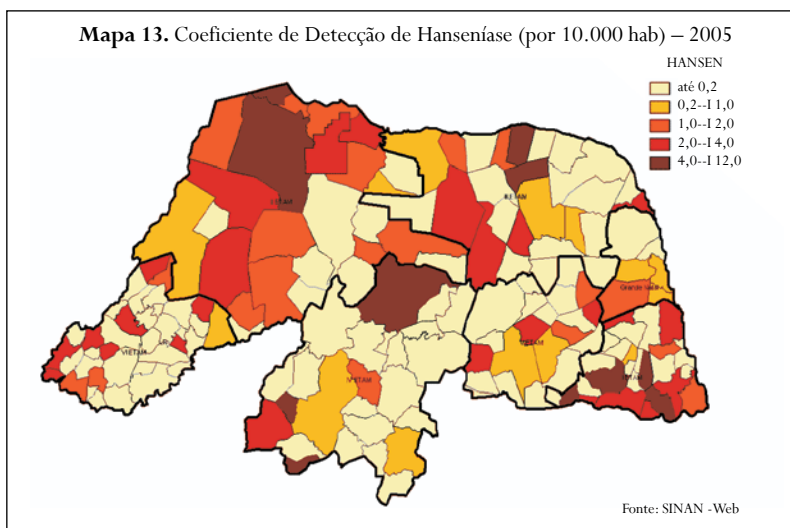
No ano específico de 2005, a incidência de hanseníase no Rio Grande do Norte foi de 1,6 casos por 10.000 habitantes, variando de 0,6 (IV URSAP) a 4,5 (II URSAP). Quanto à forma clínica, os considerados Paucibacilares responderam por 62,7% dos 469 casos novos em 2005 e os multibacilares responderam por 36,7%, sendo 0,6% não classificados.

Comparando-se os coeficientes de detecção registrados no Estado e Regionais (Tabela 12) com os parâmetros da OMS, observou-se que, para 2005, o RN (1,6) é considerado de Alto risco de transmissão ($\geq 1,0$ e $< 2,0/10.000$ hab.), resultado fortemente influenciado pela incidência na II URSAP (4,5) classificada como Hiperendêmica ($\geq 4,0/10.000$ hab.) e I URSAP (2,2) classificada como Endemicidade Muito Alta ($\geq 2,0$ e $< 4,0/10.000$ hab.). As demais regionais classificaram-se como de Média Endemicidade ($\geq 0,2$ e $< 1,0/10.000$ hab.), variando de 0,6 a 0,8/10.000 hab.

A distribuição espacial da Hanseníase no estado (Mapa 13), caracteriza-se pela abrangência da epidemia em quase toda sua extensão territorial com diferentes graus de magnitude. Os municípios de maior incidência (p/10.000hab.) em 2005 foram: São Bento do Norte (11,4); Mossoró(9,1); Pedro Velho (8,6); Espírito Santo (6,3); Serra de São Bento (5,4); Santo Antônio (5,3); Tibau (5,1); Ipueira (4,9); Parazinho (4,4); Timbaúba dos Batistas (4,3) e Santana do Matos (4,1).

Comparando-se os coeficientes de detecção registrados no Estado e Regionais com os parâmetros da OMS, observou-se que 6,6% (11) dos municípios, foram considerados Hiperendêmicos para a transmissão ($\geq 4,0/10.000$ hab.), 15,6% (26) dos municípios são considerados de endemicidade Muito Alta ($\geq 2,0$ e $< 4,0/10.000$ hab.), 12,6%(21) dos municípios são considerados de endemicidade Alta ($\geq 1,0$ e $< 2,0/10.000$ hab.), 8,4% (14) dos municípios são considerados de endemicidade Média ($\geq 0,2$ e $< 1,0/10.000$ hab.) e 56,9% (95) de Baixo risco ($< 0,2/10.000$ hab.). Ainda em relação aos 95 municípios de baixo risco, ressalta-se que apenas Acari (0,1/10.000 hab.) apresentou caso de Hanseníase em 2005 sendo que dos 94 restantes 45 deles

não detectaram nenhum caso de 2001 a 2005. Taxas elevadas estão associadas a baixos níveis de desenvolvimento sócio-econômico e insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, o tratamento padronizado e o acompanhamento dos casos. Ressalta-se, entretanto, que os dados não estão desagregados por formas clínicas da hanseníase, que têm diferente significado na dinâmica de transmissão e evolução da doença.



Hepatites Virais

A vigilância epidemiológica das hepatites virais no RN, assim como no Brasil, utiliza o sistema universal e passivo, baseado na notificação de casos suspeitos. O número de notificações não reflete a real incidência da infecção, pois

a maioria dos acometidos apresenta formas assintomáticas ou oligossintomáticas, sendo dificilmente captados. Estados e municípios estão em diferentes estágios de implantação, refletindo diferentes níveis de sensibilidade e de capacitação das equipes das vigilâncias epidemiológicas. Essa realidade pode ser observada (Tabela 13) ao se constatar o percentual de informações ignoradas quanto ao tipo de vírus em relação ao total de casos incidentes. Ao longo dos últimos cinco anos, apesar de se constatar uma redução desse percentual, ele ainda se apresenta elevado (28%) para o estado em 2005, variando de 17% (Grande Natal) a 52% (VI URSAP).

Apesar da já referida diversidade etiológica e epidemiológica da hepatite, optou-se por apresentar os dados globais, sem distinção do tipo de vírus relacionado. Isso porque, além das questões já referidas no parágrafo anterior, constatou-se que o percentual de hepatite tipo A (excluindo-se as informações ignoradas) manteve-se sempre elevado (acima de 70%) nestes últimos cinco anos, chegando a 90% em 2005. Essa constatação se repete para a grande maioria das Regionais de Saúde (Tabela 13).

Tabela 13. Percentual de Hepatite tipo A e percentual de informações ignoradas relacionadas ao tipo de vírus da HEPATITE – RN e Regionais de Saúde – 2001 a 2005

Regional de Saúde	2001 %VHA	2002 % VHA	2003 % VHA	2004 % VHA	2005 % VHA	2001 % Ign	2002 % Ign	2003 % Ign	2004 % Ign	2005 % Ign
I URSAP	85	95	77	88	97	24	39	59	18	28
II URSAP	74	66	81	84	84	85	80	74	38	25
III URSAP	100	40	100	91	94	37	55	75	39	32
IV URSAP	95	94	36	21	88	44	47	0	26	42
V URSAP	89	84	90	92	93	31	64	31	48	23
VI URSAP	83	33	48	36	80	78	88	57	29	52
Grande Natal	77	75	87	81	89	65	24	39	31	17
RN	85	81	72	76	91	63	58	48	32	28

Fonte: SINAN - Web

Tabela 14. – Casos de HEPATITE VIRAL e incidência (por 10.000 hab.) – RN e USARP – 2001 a 2005

Ano	I URSAP			II URSAP			III URSAP			IV URSAP			V URSAP			VI URSAP			Grande Natal			RN		
	Nº	Taxa		Nº	Taxa		Nº	Taxa		Nº	Taxa		Nº	Taxa		Nº	Taxa		Nº	Taxa		Nº	Taxa	
2001	63	2,0	182	3,6	19	0,8	66	2,3	13	0,8	27	1,1	75	0,7	445	1,6								
2002	69	2,2	179	3,5	11	0,5	88	3,1	53	3,1	25	1,1	87	0,8	512	1,8								
2003	32	1,0	82	1,6	4	0,2	33	1,1	29	1,7	54	2,3	114	1,0	348	1,2								
2004	68	2,1	149	2,9	37	1,6	53	1,8	46	2,6	31	1,3	250	2,2	635	2,2								
2005	252	7,5	179	3,4	190	7,8	313	10,6	356	20,0	52	2,2	305	2,6	1647	5,5								
TOTAL	484		771		261		553		497		189		831		3587									

Fonte: SINAN - Web

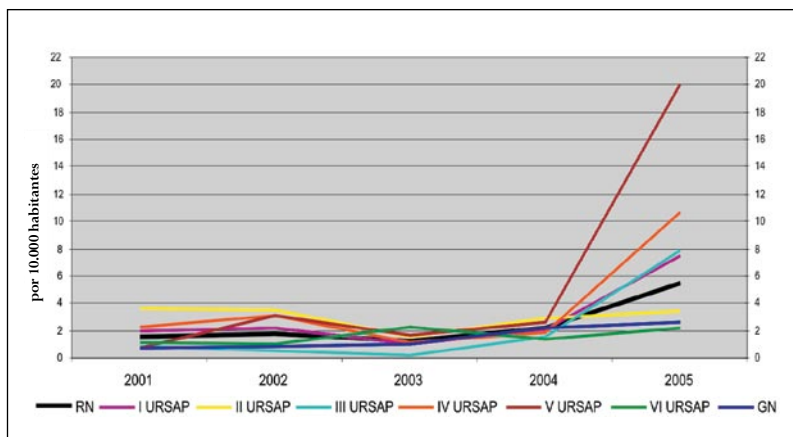


Gráfico 13. Incidência de HEPATITE VIRAL (por 10.000 hab)
RN e Regionais – 2001 a 2005

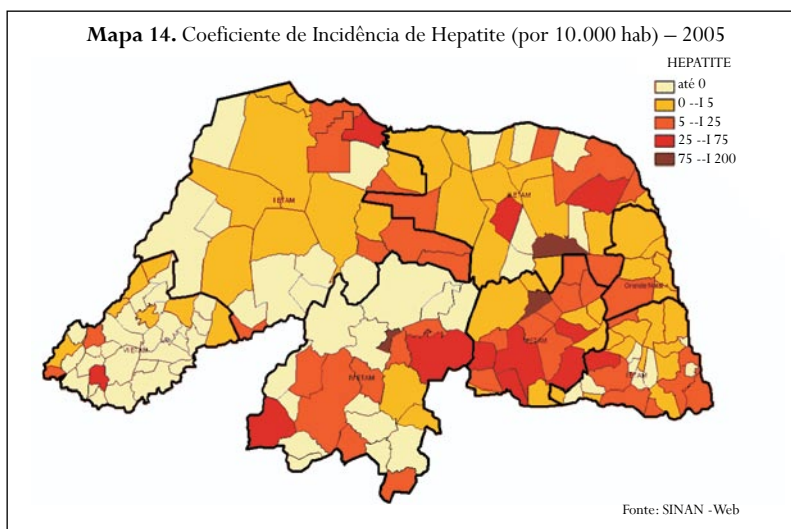
Fonte: SINAN - Web

Em 2005, foram notificados 1.647 casos de hepatites virais, sendo que dos 1.186 casos com classificação conhecida, 91% (1079) eram hepatite tipo A (Tabela 7.14).

A incidência total de hepatite no estado foi de 5,5/10.000 hab., aproximadamente 3 vezes maior que em 2001 (1,6/10.000hab.), sendo que no período de 2001 a 2004, manteve-se estável (Gráfico 13). Nas Regionais de Saúde, assim como no estado, as maiores oscilações ocorreram em 2005 em relação aos anos anteriores. A V URSAP apresentou-se com incidência em 2005 cerca de 26 vezes superior a 2001, sendo responsável pelo maior coeficiente em 2005. A IV URSAP, apesar de ter apresentado uma ligeira redução (21%) até 2004, apresentou um aumento de 4 vezes a incidência em 2005, mantendo-se acima da média do estado. A I e a III URSAP, que aumentaram relativamente pouco até 2004, apresentaram-se em 2005 respectivamente 10 e 4 vezes maior em relação a 2001,

mantendo-se igualmente acima da média do estado. A II URSAP, em 2005, apresentou uma redução de 6% em relação a 2001 (3,6/10.000 hab.), sendo que para 2003 essa redução foi de 56% (1,6/10.000 hab.).

A distribuição espacial das hepatites virais no estado (Mapa 14) caracterizou-se pela ocorrência de casos em quase toda sua extensão territorial com diferentes graus de magnitude. Os municípios de maior incidência (p/10.000hab.) em 2005 foram: Tenente Laurentino Cruz (174); Bento Fernandes (162); Barcelona (114); Presidente Juscelino (52); Pedra Preta (48); Serrinha (44); São Bento do Trairi (40); Porto do Mangue (40). Em 12% (20) dos municípios do RN, não foram registrados casos de hepatite nos últimos cinco anos, sendo que destes, 13 municípios são apenas da VI URSAP (35%) e 4 são da III URSAP (16%).



Meningite

O Rio Grande do Norte teve 261 casos confirmados de meningite em 2005 (Tabela 15), com um coeficiente de incidência de 8,7/100.000 habitantes, variando de 1,4/100.000 hab na IV URSAP (4 casos) a 11,6 p/100.000 hab na Grande Natal (137 casos). No período de 2001 a 2005 (Tabela 15 e Gráfico 14), apresentou uma redução de 30% em seu coeficiente, sendo acompanhado pelas regionais IV (70%), I (34%), II (31%), III (1%) e Grande Natal (38%). A III URSAP, apesar de não apresentar em 2005 valor muito diferente do alcançado em 2001, apresentou uma diferença muito importante a partir de 2002, quando praticamente dobrou esse valor. As regionais VI e V apresentaram um aumento nesse coeficiente, respectivamente de 15% e 3%.

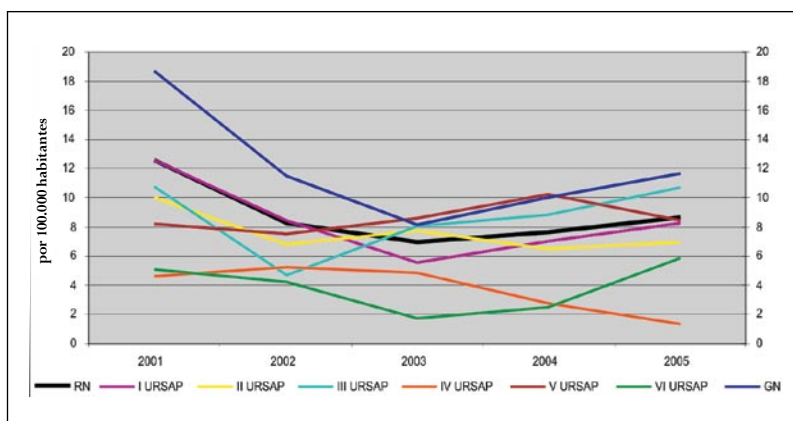


Gráfico 14. Incidência de MENINGITE (por 100.000 hab)
RN e Regionais – 2001 a 2005

Fonte: SINAN - Web

Tabela 15. Casos de MENINGITE e incidência (por 100.000 hab) – RN e URSAP – 2001 a 2005

Ano	I URSAP		II URSAP		III URSAP		IV URSAP		V URSAP		VI URSAP		Grande Natal		RN	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
2001	40	12,6	51	10,0	25	10,8	13	4,6	14	8,2	12	5,1	199	18,7	354	12,6
2002	27	8,4	35	6,8	11	4,7	15	5,2	13	7,5	10	4,2	125	11,5	236	8,3
2003	18	5,5	40	7,7	19	8,0	14	4,9	15	8,6	4	1,7	90	8,1	200	6,9
2004	23	7,0	34	6,5	21	8,8	8	2,8	18	10,3	6	2,5	113	10,0	224	7,7
2005	28	8,3	37	7,0	26	10,7	4	1,4	15	8,4	14	5,9	137	11,6	261	8,7
TOTAL	136		197		102		54		75		46		664		1275	

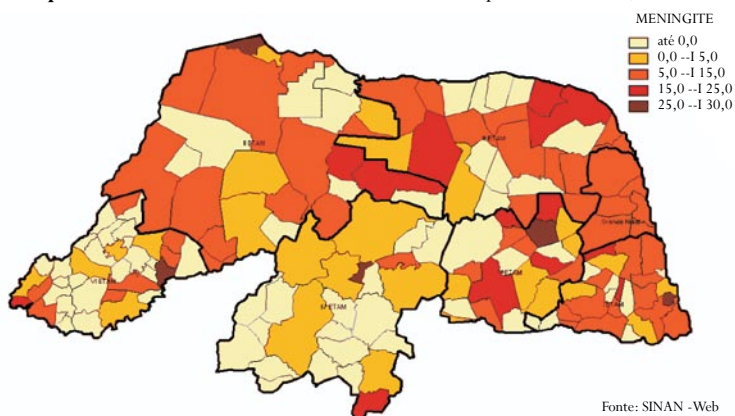
Fonte: SINAN - Web

Quanto ao diagnóstico final, observou-se que, em 2005, 35% (92) dos casos foram de meningite bacteriana não especificada; 12% (30) meningite meningocócica; 10% (26) de meningite viral; 6% (15) dos casos eram meningococemias e 6% (16) dos casos meningite meningocócica com meningococemia; 6% (16) de meningite por pneumococos; 3 casos (1%) de meningite tuberculosa; apenas um caso de meningite por hemófilos; 6% (15) de meningite de outras etiologias e 18 % (47) dos casos foram de meningite não especificada.

A distribuição espacial das meningites no estado (Mapa 15) caracteriza-se pela ocorrência de casos em 59% dos municípios em algum momento do período de 2003 a 2005, com diferentes graus de magnitude. Os municípios de maior incidência (Coeficiente Médio Anual p/ 10.000hab. para o período de 2003 a 2005) foram: Tenente Laurentino Cruz (27,6); São Paulo do Potengi (27,3); Tibau (27,2); Almino Afonso (26,7); Vila Flor (25,4); Angicos (23,0); Touros (21,8); Jundiá (20,9).

O CMA (2003-2005) para o estado foi de 7,8 por 100.000 habitantes, variando entre as USARP: IV (3,0), VI (3,4), I (7,0), II (7,1), V (9,1), III (9,2) e Grande Natal (10,0).

Mapa 15. Coeficiente Médio Anual de MENINGITE (por 100.000 hab) – 2003-2005



Tuberculose

Analisando-se a série histórica da incidência de tuberculose no Rio Grande do Norte (Tabela 16 e Gráfico 15), pode-se observar uma tendência de crescimento, que de 2001 a 2005 quase duplicou (51%). O mesmo ocorreu nas Regionais de Saúde, onde a V URSAP apresentou um crescimento de 53%, a III URSAP (40%), a VI URSAP (37%), a IV URSAP (32%) e a I URSAP apresentou o menor percentual (25%). A II URSAP, apesar de ter apresentado uma redução muito pequena no período, manteve-se sempre com os maiores valores em relação às outras URSAP, excetuando a Grande Natal. Esta destacou-se com um crescimento de 75% na incidência nesse mesmo período, apresentando-se superior ao estado durante todo o período.

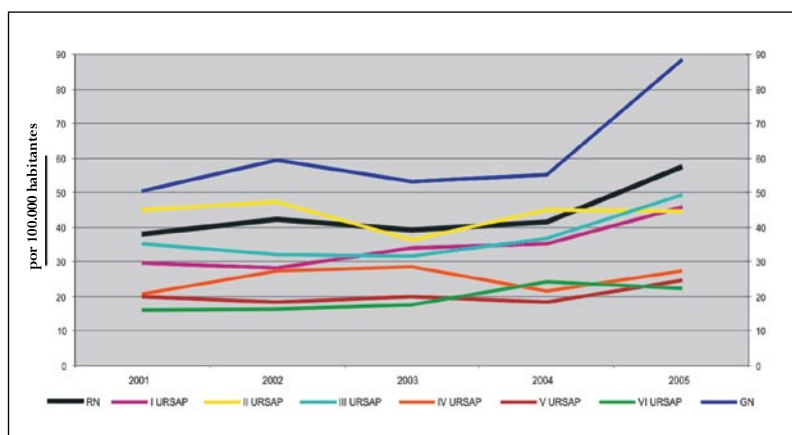


Gráfico 15. Incidência de TUBERCULOSE (por 100.000 hab)
RN e Regionais – 2001 a 2005

Fonte: SINAN - Web

Tabela 16. Casos de TUBERCULOSE e incidência (por 100.000 hab) – RN e Regionais – 2001 a 2005

Ano	I		II		III		IV		V		VI		Grande Natal		RN	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
2001	95	29,9	229	45,1	82	35,4	59	20,7	34	19,8	38	16,1	537	50,4	1074	38,2
2002	91	28,4	242	47,2	75	32,1	78	27,2	32	18,5	39	16,5	649	59,6	1206	42,3
2003	111	34,2	189	36,5	75	31,8	82	28,4	35	20,1	42	17,7	591	53,2	1125	39,0
2004	116	35,3	234	44,8	88	36,9	62	21,3	32	18,3	58	24,4	626	55,3	1216	41,6
2005	154	45,7	237	44,6	120	49,4	81	27,4	44	24,7	53	22,2	1041	88,3	1730	57,6
TOTAL	567		1131		440		362		177		230		3444		6351	

Fonte: SINAN - Web

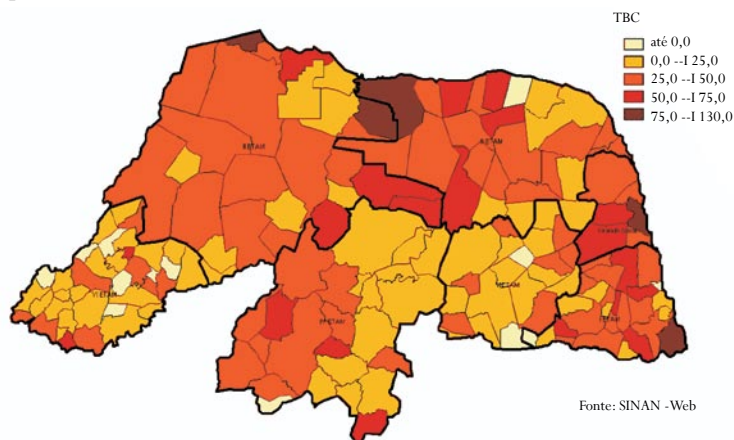
No ano específico de 2005, o Rio Grande do Norte notificou 1.730 casos novos de tuberculose, apresentando assim um coeficiente de incidência de 57,6 casos por 100.000 habitantes, com importantes variações entre suas Regionais de Saúde. Enquanto a III, I e II URSAP ficaram com 49,4 , 45,7 e 44,6 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, valores próximos ao encontrado para o Brasil, as URSAP IV, V e VI ficaram com 27,4 , 24,7 e 22,2 casos por 100.000 habitantes. A Grande Natal destacou-se com uma incidência em 2005 de 88,3 casos por 100.000 habitantes.

A distribuição espacial da tuberculose no estado (Mapa 16) caracteriza-se pela abrangência de casos em quase toda a sua extensão territorial (92% dos municípios com casos em algum momento do triênio 2003-2005, com diferentes graus de magnitude. Os municípios de maior incidência (Coeficiente Médio Anual p/ 10.000hab. para o período de 2003 a 2005) foram: Pendências (129,9); Macau(101,6); Tibau (90,7); Baía Formosa (86,8); Natal (75,4); Lagoa d'Anta (68,3); Pedro Velho (67,5); São Bento do Norte (67,5); Fernando Pedroza (64,3); São Gonçalo do Amarante (64,0); Equador (63,9); Macaíba (62,2); Viçosa (62,2); Angicos (60,3).

O CMA (2003-2005) para o estado foi de 46,5 por 100.000 habitantes, variando entre as URSAP: II (42,2), III (39,6), I (38,7), IV (25,8), VI (21,5), V (21,1) e Grande Natal (66,5).

Taxas elevadas estão associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, o tratamento padronizado e o acompanhamento dos casos. Ressalta-se, entretanto, que os dados não estão desagregados por formas clínicas da Tuberculose, que têm diferente significado na dinâmica de transmissão e evolução da doença.

Mapa 16. Coeficiente Médio Anual de TUBERCULOSE (por 100.000 hab) – 2003-2005



A diarreia é reconhecida como importante causa no quadro da morbimortalidade, principalmente em crianças de 0 a 5 anos. A sua inclusão apresenta dificuldades de ser consolidada com sucesso no Sistema de Vigilância Epidemiológica devido sua elevada incidência e, fundamentalmente, da inobservância da obrigatoriedade de notificação de surtos, bem como, da aceitação por parte da população leiga e da maioria dos técnicos de que o problema da diarreia é algo “normal”.

Devido à magnitude das doenças diarreicas no Brasil e à carência de informações objetivas, o Ministério da Saúde elaborou uma proposta que pudesse superar as dificuldades enfrentadas pela Vigilância Epidemiológica em controlar de forma sistêmica as doenças entéricas nos estados. Em 1994, essa proposta se concretizou com a implantação da Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA), com o objetivo de, através de instrumentos ágeis e simplificados, detectar alterações no comportamento das diarreias.

No Rio Grande do Norte (Mapa 17), a implantação do programa de monitorização ocorreu no ano 2000, continuando sua

implantação/implementação nos anos subsequentes, sendo que, até final de 2005, apresentou uma cobertura de 90% (150 municípios).

Mapa 17. Situação dos Municípios em Relação a Implantação da MDDA – RN–2005

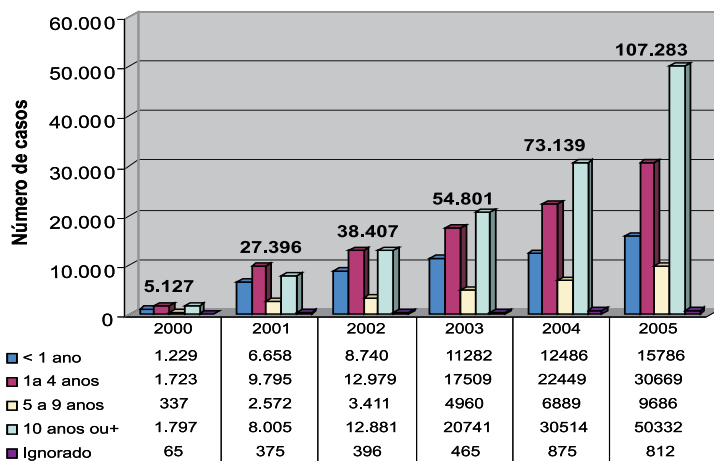
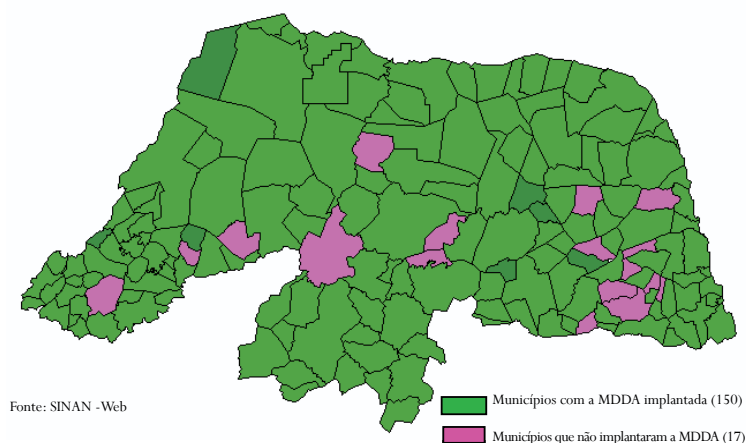


Gráfico 16. Número de casos de DIARRÉIA por grupo etário – RN–2000 a 2005

Fonte: SINAN - Web

No ano de 2005, foram notificados 107.283 casos, cerca de 3 vezes a média anual (39.774) para o período de 2000 a 2005. Do total de casos notificados com idade conhecida (106.417), o maior percentual foi de crianças na faixa de 10 anos ou mais, com 47% (50.332) dos casos, seguido de 29% (30.669) de 1 a 4 anos; 15% (15.786) com menos de 1 ano de idade e 9% (9686) de 4 a 9 anos (Gráfico 16).

Constatou-se um crescimento sistemático do número desde o início do monitoramento no geral e para todas as idades (Gráfico 16). Entretanto, enquanto o resultado em 2005 para o total de casos foi cerca de 21 vezes maior que em 2000, para as idades de 5 a 9 anos e 10 anos ou mais este valor ficou entre 28 a 29 vezes maior. Para a idade entre 5 a 9 anos, esse resultado foi 18 vezes maior e, para os menores de 1 ano de idade, foi 12 vezes maior.

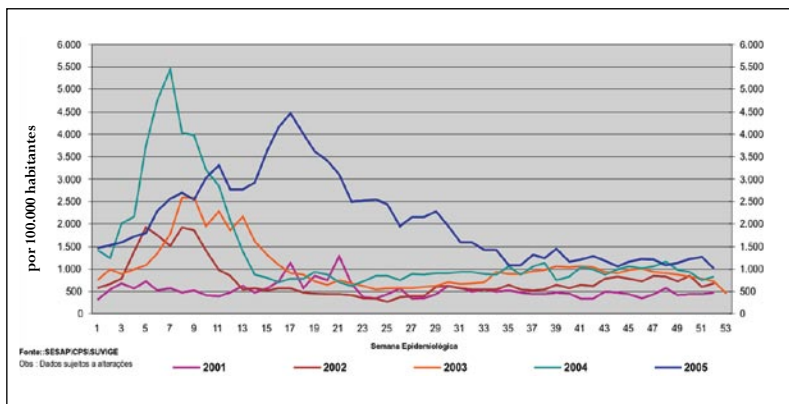


Gráfico 16. Casos de DIARRÉIA notificados pela MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS por ano de ocorrência e semana epidemiológica – RN – 2001 a 2005

Fonte: SESAP/CPS/SUVIGE
Obs: Dados sujeitos a alterações

No Gráfico 17, observa-se que o maior número de casos ocorreu no primeiro trimestre para os anos de 2001 a 2005, sendo que para este último ano o aumento se estendeu também para o segundo trimestre.

Imunização

O alcance das coberturas vacinais para menores de um ano no estado, em 2005 (Tabela 7.4.1), foi acima de 95% para as principais vacinas de rotina: 115,61% para BCG (Contra Tuberculose), 101,41% para VOP (Vacina Oral Contra a Poliomielite), 103,38% para vacina contra o SCR (Tríplice Viral – contra Sarampo/Caxumba/Rubéola), 99,98% para a TETRA (contra Difteria/Coqueluche/Tétano/Haemophilus influenzae tipo B) e 97,49% para a HB (contra a Hepatite B).

Tabela 17. Cobertura vacinal (%) por tipo de imunobiológico – Menores de um ano
RN e Regionais - 2005

Imuno- biológicos	I URSAP	II URSAP	III URSAP	IV URSAP	V URSAP	VI URSAP	Grande Natal	RN
BCG (BCG)	108	115	95	108	94	111	128	116
Oral Contra Poliomielite (VOP)	115	94	115	105	101	101	98	101
Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP)	99	96	98	97	98	96	86	93
Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP)	99	98	100	97	94	98	92	96
Tríplice Viral (SCR)	116	100	114	104	107	103	98	103
Tetralente (TETRA)	114	101	115	104	100	101	91	100
Contra Hepatite B (HB)	106	98	113	102	92	97	92	97

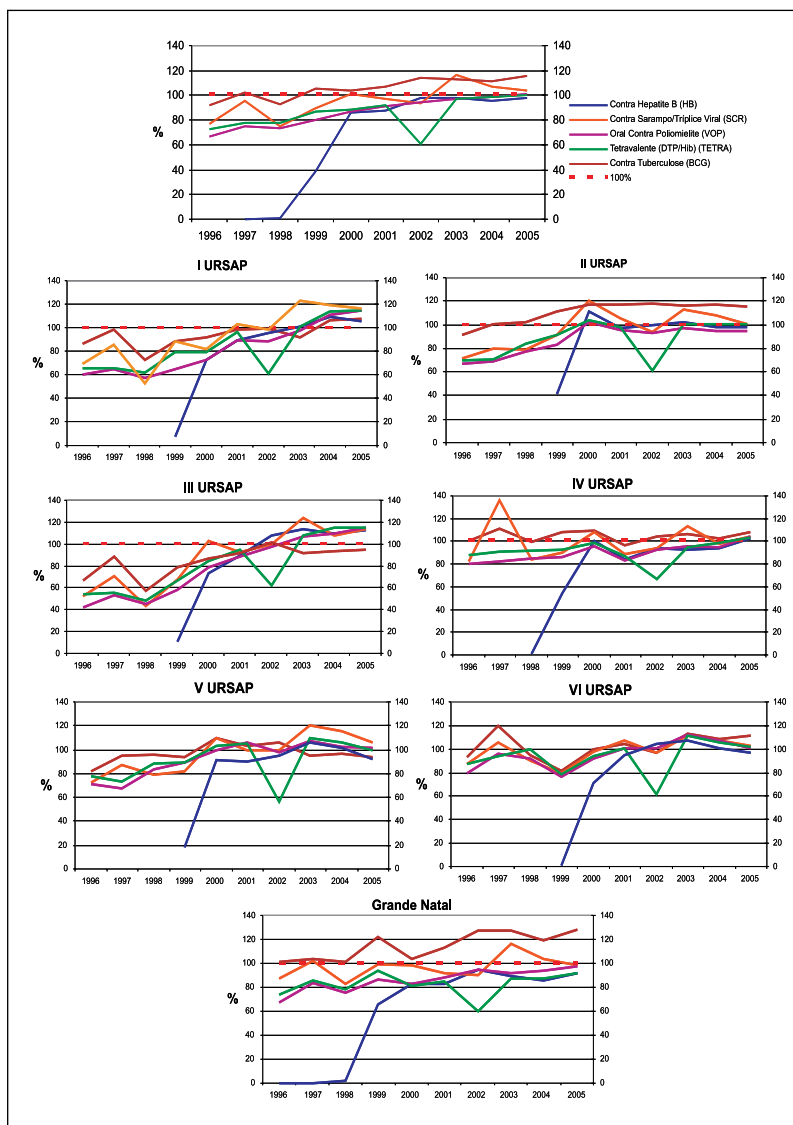
Fonte: SI/PNI

As coberturas vacinais para menores de um ano, em 2005, quando analisadas por URSAP (Tabela 17), apresentaram-se heterogêneas, mas a maioria ficou igual ou acima de 95%, exceto a V URSAP para as vacinas BCG (94%) e HB (92%) e a II para a VOP (94%). A Grande Natal ficou abaixo de 95% para a TETRA (91%) e a HB (92%).

Observou-se, com relação à vacina VOP, que a Campanha Nacional de Vacinação, ocorrida em duas etapas, não aumentou a cobertura no estado e nas regionais, exceto para a II URSAP, que atingiu valores acima de 95%, ou seja, na 1ª etapa 96% e na 2ª etapa 98%.

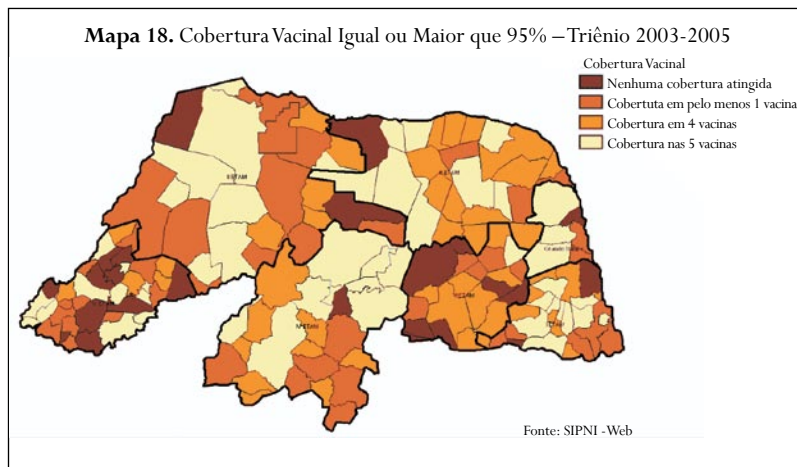
Conforme determinação do PNI, em 2000, foi implantada a vacina Tríplice Viral (MMR) e a HB na rotina; a TETRA entrou na rotina a partir de 2002. Sendo assim, para a apresentação da cobertura vacinal no período de 1996 a 2005 (Gráfico 18), até o ano de 2002, considerou-se apenas a vacina contra o Sarampo e, a partir de 2003, considerou-se a SCR. Até o ano de 2001, considerou-se a vacina DPT e, a partir de 2002, considerou-se a TETRA.

A cobertura vacinal para menores de um ano aumentou consideravelmente de 1996 a 2005 para o estado e todas as regionais (Gráfico 7.4.1), sendo que em 2002 ocorreu uma redução na cobertura da vacina TETRA, indistintamente, coincidindo com a transição entre a entrada da TETRA e a substituição da DPT e da AntiHiB. Entretanto, 2005 em relação a 2004, o aumento na cobertura foi relativamente menor: BCG (3,7%), HB (2,2%), VOP (2,8%) e TETRA (1,6%), com redução da cobertura para a SCR (3,4%). A V e VI URSAP apresentaram para 2005 uma redução em relação a 2004 para todas as vacinas apresentadas.



As coberturas vacinais, quando analisadas por município, apresentam-se ainda mais heterogêneas. Observou-se que 69% (116) dos municípios alcançaram cobertura igual ou acima de 95% para SCR e TETRA; 68% (114) dos municípios apresentaram coberturas iguais ou maiores que 95% para VOP; 62% (104 municípios) para HB e apenas 52% (87 municípios) para BCG.

Considerando-se as 5 vacinas (BCG, SCR, VOP, TETRA e HB), 30% (50 municípios) apresentaram cobertura maior ou igual a 95% para as 5 vacinas; 29% (49 municípios) apresentaram cobertura maior ou igual a 95% para as 4 vacinas; 26% (44 municípios) apresentaram cobertura maior ou igual a 95% para pelo menos 1 vacina e 14% (24 municípios) não atingiram cobertura maior ou igual a 95% para nenhuma das vacinas (Mapa 18).



5. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

5.1 Organização da Rede de Atenção à Saúde

Como é sabido, o SUS é o sistema nacional de saúde de um país de dimensões continentais, profundamente heterogêneo e rico em sua diversidade regional e local. Esta seção do trabalho acrescenta novos aspectos dessa diversidade loco-regional no RN, ao mesmo tempo em que tenta apreender a sua unidade em torno de algumas características comuns ao processo nacional de construção desse sistema. Processo este com uma forte indução normativa e financeira do Ministério da Saúde, mas com apropriações e adaptações ao cenário local realizadas por seus atores. Orientam o relato e a reflexão presentes nesta parte do trabalho o mapeamento da rede de serviços de saúde, o processo de produção e consumo desses serviços, a disponibilidade de recursos, vista sob o ângulo da cobertura e do acesso, ao nível de cada região de saúde do RN.

Com efeito, tal processo de produção de serviços de saúde do SUS revela-se profundamente complexo, uma vez que sofre influência da situação histórica da estrutura e da organização do sistema de saúde, das relações sociais no seu interior, como também dos sucessivos contextos (econômicos, sociais, políticos,

culturais, organizacionais) que criam as condições de viabilidade para uma ampliação ou não do acesso e da cobertura assistencial. Essa multidimensionalidade do processo de produção de serviços estrutura também o surgimento de padrões diferenciados ou homogêneos de utilização dos serviços. Tanto no plano regional quanto no local, essa complexidade é visível e deve orientar projetos de consolidação ou de mudanças de rumo das políticas de saúde.

A seguir, apresentam-se alguns dados sobre a estrutura dos serviços de saúde, assim como indicadores de cobertura, acesso, produção e utilização desses serviços, tal como se apresentam nas diferentes regiões do RN.

A principal fonte de informações desta seção constitui-se dos relatórios das oficinas regionais do projeto de Apoio à implementação da Regionalização da saúde no RN, todavia a insuficiência das informações limita o escopo da análise. Algumas informações básicas foram colhidas por membros do NESC, junto ao DATASUS/MS, tentando suprir o relatório de algumas de suas carências. Alguns dados foram colhidos junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES se percebem também deficiências para reproduzir com fidedignidade a realidade dos municípios. Embora constitua-se como um instrumento gerencial muito importante para o dimensionamento da rede, para definir a capacidade instalada, observam-se dificuldades neste cadastro para a atualização das informações, como também para assimilar as diferenças de terminologias empregadas em relação aos estabelecimentos de saúde. Apesar desses problemas de informação, procurou-se retratar o atual estágio de desenvolvimento do processo de estruturação do SUS, pleno em heterogeneidades.

5.2 - Estrutura, Produção e Consumo de Serviços de Saúde

I URSAP-RN

Nesta região, é possível perceber um padrão estrutural de serviços de saúde em que persiste uma presença substancial de postos de saúde e unidades mistas, que tendem a ser substituídos por centros de saúde e pequenos hospitais. Nos municípios maiores da região, não existem Unidades Mistas, e em São José de Mipibu (sede da URSAP) também não existem postos de saúde. A maioria dos serviços do SUS se concentram nesse município e em Canguaretama. Nestes encontram-se 28% dos centros de saúde da região, 44% dos hospitais e 66,6% das UVS. Essa região de saúde conta apenas com 3 Unidades de Vigilância à Saúde (UVS), localizadas nos municípios de Canguaretama, São José de Mipibu e Passa e Fica. Nestes termos, merece destaque o interesse de um pequeno município, como Passa e Fica, de investir em Vigilância à Saúde, não se resumindo a simplesmente prestar assistência médica. Quanto à clivagem público/privado, a presença deste último setor é incipiente (6%), concentrando-se nos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico-SADT (40%), nas clínicas especializadas (50%) e consultórios (66,7), conforme Tabela 1.

Tabela 1. Estabelecimentos de saúde na I URSAP—RN, 2005

Municípios	CS/UB	HG	PS	UM	SADT	CE	Cons	Policl.	UVS	PSG
Arês	3	-	4	-	-	-	1	-	-	-
Baía Formosa	1	-	3	1	-	-	-	-	-	-
Brejinho	-	1	3	-	-	-	-	1	-	-
Canguaretama	12	1	1	-	-	1	-	-	1	-
Espírito Santo	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Goianinha	4	-	1-	-	-	-	1	-	-	1
Lagoa d' Anta	1	-	2	1	-	-	-	-	-	-
Lagoa de Pedras	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Lagoa Salgada	2	-	3	-	-	-	1	-	-	-
Montanhas	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Monte Alegre	8	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Monte das Gameleiras	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Nísia Floresta	1	-	9	-	-	-	-	-	-	-
Nova Cruz	12	1	3	-	-	3	1	-	-	-
Passa e Fica	1	1	5	-	1	-	-	-	1	-
Passagem	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pedro Velho	3	-	4	1	-	-	-	-	-	-
Santo Antônio	1	1	6	-	-	1	-	-	-	-
São José de Mipibu	16	2	-	-	2	5	1	1	1	-
Sen. Georgino Avelino	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Serra de São Bento	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Serrinha	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Tibau do Sul	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Várzea	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vera Cruz	2	1	5	-	1	-	-	-	-	-
Via Flor	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	85	9	54	8	5	10	6	2	3	1
Unidades Privadas	0	0	0	0	2	5	4	0	0	0
% Privado	0	0	0	0	40	50	66,7	0	0	0

• CS/UB – Centro de Saúde/Unidade Básica
 • SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
 • Policl – Policlínica
 • UVS – Unidade de Vigilância à Saúde
 • HG – Hospital Geral
 • PSG – Pronto-Socorro Geral
 • PS – Posto de Saúde
 • CE – Clínica Especializada/Ambul de Especialidades
 • UM – Unidade Mista
 • Cons. – Consultório Individualizado

Fonte: CNES/MS, 2006

A disponibilidade de leitos hospitalares nessa região é de 1,2/1.000 habitantes, mantendo-se concentrados nos dois principais municípios (30%), sendo a predominância da oferta nas áreas de Clínica Médica (33,7%) e Ginecologia-Obstetrícia (30%). Estes são ofertados por pequenos hospitais voltados para especialidades básicas, com uma oferta de leitos cirúrgicos limitada a 13% do total. Os municípios de Santo Antônio e Goianinha procuraram investir na oferta de leitos hospitalares à sua população, mas a disponibilidade destes é ainda pequena (Tabela 2) e com baixo padrão de incorporação tecnológica. É preciso ter em conta que esses equipamentos nem sempre estão disponíveis ou acessíveis à população. Depoimentos de membros das CIS mostram deficiências na manutenção deles e de custeio dos insumos para a sua operação, além de eventuais carências de capacitação técnica de profissionais para lidar com tais equipamentos. Isso resulta em problemas que impossibilitam a utilização de alguns deles.

Tabela 2. Leitos disponíveis para o SUS na I URSAP –RN, por clínicas, em 2005

Municípios	Clínicos	Cirúrgicos	Pediátricos	Gine/Obst	Psiqu.	Outros	Total
Arês							
Bala Formosa	5	4	5	5	-	-	19
Brejinho	3	-	1	5	-	-	9
Canguaretama	5	4	4	4	-	-	17
Espírito Santo	20	10	14	16	-	-	60
Goianinha	-	-	-	-	-	-	-
Lagoa d'Anta	18	-	6	6	-	-	30
Lagoa de Pedras	2	-	4	4	-	-	10
Lagoa Salgada	-	-	-	-	-	-	-
Montanhas	-	-	-	-	-	-	-
Monte Alegre	6	-	4	-	-	-	10
M.das	8	-	6	8	-	-	22
Gemeleiras	3	-	3	3	-	-	9
Nísia Floresta	-	-	-	-	-	-	-
Nova Cruz	12	5	7	12	-	-	36
Passa e Fica	4	4	4	4	-	-	16
Passagem	-	-	-	-	-	-	-
Pedro Velho	9	-	4	4	-	-	17
Santo Antônio	13	11	10	15	-	1	50
S. José de Mipibu	12	12	14	28	-	-	66
Sen. Georgino	-	-	-	-	-	-	-
Avelino	5	-	-	2	-	-	7
Serra de São Bento	-	-	-	-	-	-	-
Serrinha	6	3	3	3	-	-	15
Tibau do Sul	-	-	-	-	-	-	-
Várzea	6	-	3	3	-	-	12
Vera Cruz	1	1	1	1	-	-	4
Vila Flor							
TOTAL	138	54	93	123	-	1	409

Fonte: CNES/MS, 2006

Apesar da incorporação tecnológica progressiva nos estabelecimentos de saúde que ofertam serviços através do SUS na I URSAP-RN, esta ainda persiste em níveis muito baixos para as necessidades regionais, como podemos ver na Tabela 3. Os equipamentos para manutenção da vida (MV) constituem 49,4% do conjunto dos equipamentos disponíveis,

seguidos dos instrumentos de diagnóstico por imagem (DI), 21,5%. Todos os demais não chegam a 30%. Assim, mesmo o grupo dos equipamentos de MV apresenta uma disponibilidade de apenas 2,5 equipamentos para 10.000 habitantes da região.

Tabela 3. Equipamentos disponíveis nos municípios da I URSAP – RN, em 2005

Municípios	DI	I-E	MG	MO	MV	Outros	Total
Arês	-	-	1	-	1	-	2
Baía Formosa	3	-	-	-	1	-	4
Brejinho	2	-	1	-	3	-	6
Canguaretama	4	1	1	-	6	1	13
Espírito Santo	-	-	-	-	-	-	-
Goianinha	1	-	1	-	8	1	11
Lagoa d'Anta	-	-	-	-	11	-	11
Lagoa de Pedras	1	-	1	-	-	-	2
Lagoa Salgada	-	-	-	-	-	-	-
Montanhas	1	-	1	-	-	-	2
Monte Alegre	-	-	1	-	1	1	3
M. das Gameleiras	2	-	1	-	2	-	5
Nísia Floresta	1	-	1	-	-	-	2
Nova Cruz	3	-	1	2	4	2	12
Passa e Fica	2	1	-	-	7	-	10
Passagem	-	-	-	-	-	-	-
Pedro Velho	1	-	1	-	2	-	4
Santo Antônio	6	8	3	1	8	1	27
S. José de Mipibu	7	1	2	1	6	11	28
Sen. Georgino	-	-	-	-	-	-	-
Avelino	-	-	-	-	-	-	-
Serra de São Bento	1	-	-	-	-	-	1
Serrinha	1	-	1	-	5	-	7
Tibau do Sul	-	-	-	-	1	-	1
Várzea	-	-	-	-	2	-	2
Vera Cruz	1	-	1	-	17	-	19
TOTAL	37	11	18	4	85	17	172

Fonte: CNES/MS, 2006

- DI – Diagnósticos por Imagem
- I-E – Equipamentos de Infra-Estrutura
- MG – Equipamentos por Métodos Gráficos

- MO – Equipamentos por Métodos Ópticos
- MV – Equipamentos para Manutenção da Vida

A região da I URSAP-RN apresenta um perfil de organização de serviços compatível com sua estrutura física e tecnológica, em que predominam as Ações Básicas e de menor complexidade. A fragilidade estrutural do sistema de saúde em relação às outras regiões se revela no quantitativo de sua produção de serviços, mas existem avanços evidentes quanto aos níveis de cobertura assistencial por este tipo de ações de saúde (Tabela 4). Em 2005, 81,36% da população desta região encontrava-se coberta pelas ações do PSF, a cobertura vacinal chegava a 74,6%, as consultas médicas em atenção básica se resumiam a 0,6/habitante e o conjunto dos procedimentos neste nível do sistema atingiam 3,1/habitante. Os procedimentos especializados (média complexidade) tinham quase a mesma proporção (3,0/hab.) daqueles de atenção básica, sem que fossem prestados serviços de alta complexidade. O número de leitos da região era baixo (1,2/1.000 hab.), configurando uma barreira de acesso a esses serviços e o número de internações dos indivíduos desta população também era baixo (3,0 %). A maioria das internações e atividades ambulatoriais que requeriam procedimentos de alta complexidade eram referenciadas para Natal (Rio Grande do Norte, 2004). A participação do setor privado, através das empresas de Saúde Complementar, resumia-se a uma cobertura de 1,4% da população regional, sendo que São José de Mipibu (2,5%) e Tibau do Sul (5,2%) registram as maiores presenças desse setor na região. As particularidades do processo de produção de serviços de saúde são ricas em nuances. Mas, dos dados abaixo, do conjunto de municípios da região, ressalta-se que: onze atingiram uma cobertura pelo PSF superior a 90%; cinco produziram mais de 1 consulta médica básica por habitante; três produziram mais de 4 procedimentos de atenção básica por habitante; seis produziram mais de 4 procedimentos especializados por habitante; nove atingiram uma cobertura vacinal superior a 80%; seis alcançaram mais de 4 internações % dos habitantes. Entre os municípios de melhor performance no conjunto desses indicadores, destacam-se São José de Mipibu, Monte das Gameleiras e Passa e Fica (Tabela 4).

Tabela 4. Indicadores de cobertura e produção de serviços de saúde nos municípios da I URSAP – RN, em 2005

Municípios	PSF	CMAB/ Hab	PAB/ Hab	PE/ Hab	PAAC/ Hab	Cob. Vacinal	Leitos ‰	Int%	S.Compl %
Arês	88,1	-	-	0,5	-	79,25	1,6	1,7	0,9
Baía Formosa	91,7	0,3	1,4	0,0	-	82,76	1,1	0,0	0,9
Brejo	37,7	0,8	2,7	8,1	-	76,47	1,4	5,3	1,2
Cangaretama	96,7	0,9	3,6	2,3	-	64,73	2,0	4,4	2,0
Espírito Santo	90,7	0,2	0,8	0,2	-	94,93	-	-	0,6
Goianinha	66,1	0,2	0,8	0,9	-	77,38	1,7	1,3	3,0
Lagoa d'Anta	87,4	1,4	3,8	2,8	-	75,50	1,7	4,5	0,1
Lagoa de Pedras	79,8	-	-	-	-	87,37	-	-	0,5
Lagoa Salgada	65,3	-	-	-	-	80,10	-	-	0,8
Montanhas	80,5	0,2	1,7	0,7	-	66,54	0,7	-	0,5
Monte Alegre	77,4	0,6	2,3	1,0	-	69,22	1,1	3,0	1,0
M. das Gameleiras	111,3	1,5	7,8	6,6	-	75,48	3,7	3,0	0,7
Nísia Floresta	97,0	0,1	0,5	0,1	-	69,12	-	-	1,2
Nova Cruz	90,7	0,7	2,4	4,0	-	76,51	1,0	5,6	1,5
Passa e Fica	67,7	1,4	4,3	5,0	-	61,44	1,7	4,7	0,2
Passagem	28,7	0,8	3,3	1,4	-	80,41	-	-	0,2
Pedro Velho	93,2	1,5	3,9	1,8	-	64,23	1,2	1,1	1,2
Santo Antônio	52,5	-	-	6,6	-	80,16	2,4	9,0	1,2
S. José de Mipibu	86,5	1,7	7,7	4,7	-	73,81	1,7	5,5	2,5
Sen. Georgino Avelino	91,8	0,5	2,6	0,9	-	75,01	-	-	0,2
Serra de São Bento	66,6	-	-	-	-	80,07	1,2	1,5	0,6
Serrinha	71,2	-	-	-	-	86,84	-	-	0,2
Tibau do Sul	93,5	0,5	3,0	0,6	-	73,40	1,7	2,1	5,2
Várzea	-	-	-	-	-	83,76	-	-	1,0
Vera Cruz	116,8	0,4	0,7	0,0	-	80,29	1,4	-	0,7
Vila Flor	97,8	-	-	0,8	-	76,40	1,5	0,9	0,7
I URSAP	81,4	0,6	3,1	3,0	-	74,64	1,2	3,0	1,4

• PSF - Cobertura do PSF (%)
 • CMAB/hab - Consultas médicas de Atenção Básica Habitantes
 • PAB/hab - Procedimentos de Atenção Básica/Habitantes
 • PE/hab - Procedimentos Especializados/Habitantes
 • Cob. Vacinal - Cobertura Vacinal (%)
 • Leitos - Leitos/Habitantes (%)
 • Int. - Internações/habitantes (%)
 • S.Compl - População usuária do subsistema Saúde Complementar (%)

Fonte: DATASUS/MS, 2006

II URSAP-RN

A região da II URSAP-RN conta com a presença marcante de Mossoró, o segundo município mais desenvolvido do RN. Ao se observar as disparidades regionais, percebe-se que, excluindo-se a Grande Natal, a concentração de recursos em Mossoró é proporcionalmente superior à que ocorre nas outras regiões de saúde. Assim, 40% dos hospitais gerais, 100% dos hospitais especializados, 40% dos centros de saúde, 65% dos SADT, 86,4% das clínicas especializadas ou ambulatorios de especialidades e 97,9% dos consultórios existentes na região são localizados em Mossoró. Além disso, este é o único município que conta com um pronto-socorro especializado, com uma unidade móvel nível pré-hospitalar, além de dois dos três serviços de pronto-socorro geral existentes na região (Tabela 5). O setor privado é bem desenvolvido (40,8%), concentrando-se também em Mossoró, sendo responsável por 40% dos hospitais gerais, 60% dos hospitais especializados, 92,5% dos SADT, 33,3% dos pronto-socorros gerais, além de 100% dos pronto-socorros especializados e das policlínicas da região. As três UVS existentes localizam-se em Mossoró e nos pequenos municípios de Alto dos Rodrigues e Messias Targino. Entre os estabelecimentos de saúde da região, 38,7% são centros de saúde, seguidos de postos de saúde (16,5%) e consultórios (16,5%). Tendo em vista um desenho regional, levando em conta a estrutura existente, numa escala bem menor que Mossoró, Assu e Apodi são os dois municípios que mais se destacaram na região.

Tabela 5. Indicadores de cobertura e produção de serviços de saúde nos municípios da I URSAP – RN, em 2005

Municípios	CS/ UB	HG	HE	PS	UM	SADT	CE	Cons	Policl	UWS	PSG	PSE	UM- NPH
Assu	7	1	-	2	1	7	4	-	-	-	-	-	-
A. do Rodrigues	2	-	-	4	1	-	-	-	-	1	-	-	-
Angicos	2	1	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Apodi	5	2	-	4	-	2	2	-	-	-	-	-	-
Areia Branca	3	2	-	4	-	2	-	1	-	-	-	-	-
Augusto Severo	4	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Baraúna	4	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Caraibas	3	1	-	4	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Carnaubais	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Felipe Guerra	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
F. Pedroza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
G. D.-S. Rosado	4	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Grossos	4	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Ipanguaçu	1	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itajá	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jandúis	1	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Messias Targino	1	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-
Mossoró	44	6	5	-	-	26	38	46	1	1	2	1	1
Parau	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pendências	2	-	-	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-
São Rafael	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serra do Mel	15	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Tibau	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Triunfo Potiguar	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Upanema	-	-	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	110	15	5	47	14	40	44	47	1	3	3	1	1
Unidades privadas	0	6	3	0	0	37	40	46	1	0	1	1	0
% Privadas	0	40	60	0	0	92,5	90,9	97,9	100	0	33,3	100	0

• CS/UB – Centro de Saúde/Unidade Básica
 • HG – Hospital Geral
 • SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
 • HE – Hospital Especializado
 • CE – Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidades
 • PS – Posto de Saúde
 • Cons. – Consultório Individualizado
 • UM – Unidade Mista
 • UWS – Unidade de Vigilância à Saúde
 • Policl. – Policlínica
 • PSE – Pronto-Socorro Especializado
 • PSG – Pronto-Socorro Geral
 • UM-NPH – Unidade Móvel Nível Pré-Hospitalar

Fonte: CNES/MS, 2006

A estrutura hospitalar da região disponibiliza 2,5 leitos/1.000 habitantes, sendo que as clínicas básicas ofertam 59,7% desses leitos. Mas os leitos cirúrgicos (18,8%) e psiquiátricos (18,7%) também têm um peso significativo na região (Figura 1). A disponibilidade de leitos psiquiátricos chega a 1/1.000 habitantes, todos concentrados em Mossoró, servindo de referência para esta região, como também para municípios do Alto Oeste (VI URSAP-RN). A oferta de leitos hospitalares é diversificada, mantida por hospitais de portes e especialidades diversos, públicos e privados, com um padrão mediano de incorporação tecnológica. Todavia, existe uma concentração substantiva desses leitos em Mossoró: 38,3% dos leitos clínicos, 79,3% dos cirúrgicos, 35% dos pediátricos e 98,4% dos psiquiátricos (Tabela VI). É importante referir que os serviços de saúde de Mossoró servem de referência a todo o Oeste do RN, atendendo à população de vários municípios, sobretudo no que concerne aos procedimentos de média complexidade 3 e a alguns de alta complexidade (Rio Grande do Norte, 2004). Assu e Apodi mantêm uma oferta de leitos bem menor que a de Mossoró, mas constituem pólos em desenvolvimento no interior do setor saúde da região.

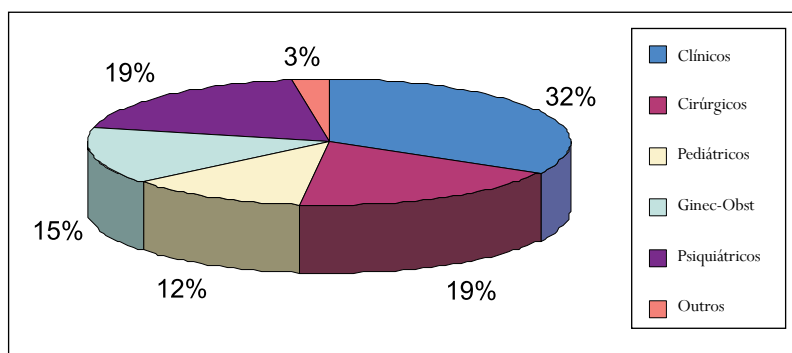


Figura 1. Leitos disponíveis para o SUS na Região da II URSAP - RN, 2006

Fonte: DATASUS/MS, 2006

Tabela 6. Leitos disponíveis para o SUS na Região da II URSAP – RN, por Clínicas, 2006

Municípios	Clínicas	Cirúrgicos	Pediátricos	Gine/Obst	Psiqu.	Outros	Total
Assu	27	12	22	29	-	-	90
Alto do Rodrigues	11	-	4	6	-	-	21
Angicos	14	3	4	6	-	-	27
Apodi	38	19	13	13	-	2	85
Areia Branca	24	2	8	9	-	-	43
Augusto Severo	4	-	2	2	-	-	-
Baraúna	17	-	2	2	-	-	21
Caraúbas	28	12	11	15	-	-	66
Carnaubais	11	-	6	4	-	-	21
Felipe Guerra	8	-	3	2	-	-	13
Fernando Pedroza	-	-	-	-	-	-	-
Gov. D.-S. Rosado	14	-	-	3	-	-	17
Grossos	9	-	2	2	-	-	13
Ipanguaçu	-	-	-	-	-	-	-
Itajá	-	-	-	-	-	-	-
Janduí	10	3	4	6	4	1	28
Messias Targino	7	-	3	6	-	-	16
Mossoró	166	195	55	71	240	29	756
Parau	-	-	-	-	-	-	-
Pendências	8	-	4	4	-	-	16
São Rafael	10	-	4	4	-	1	19
Serra do Mel	10	-	4	3	-	1	18
Tibau	-	-	-	-	-	-	-
Triunfo Potiguar	10	-	3	2	-	-	15
Upanema	7	-	3	3	-	-	13
TOTAL	433	246	157	192	244	34	1306

Fonte: DATASUS/MS, 2006

O padrão de incorporação tecnológica no setor saúde se deu de forma rápida e concentrada em Mossoró. Alguns municípios vêm se desenvolvendo progressivamente, como Assu e Apodi, mas os outros permanecem num baixo patamar, compatível com o seu próprio nível de desenvolvimento em termos globais. Mossoró detém 71,2% dos equipamentos disponíveis na região, sendo a maioria deles de manutenção da vida (49,7%). Observando a proporção dos grupos de equipamentos em relação ao conjunto, mantém-se a dominância dos de MV (48,8%), seguidos dos de diagnóstico por imagens (13,8%), de infra-estrutura (8,6%), por métodos gráficos (8,6%) e por métodos ópticos (5,8%). Uma variedade de “outros” equipamentos, não incluídos nos grupos principais, também se encontra presente nos serviços de saúde (14,4%), contribuindo para a diversificação tecnológica (Tabela 7).

Tabela 7. Leitos disponíveis em municípios da II URSAP – RN, 2006

Municípios	DI	I-E	MG	MO	MV	Outros	Total
Assu	8	2	3	1	11	1	26
Alto do Rodrigues	-	-	1	-	2	-	3
Angicos	3	2	2	-	4	-	11
Apodi	6	9	2	1	19	5	42
Areia Branca	2	-	1	-	5	3	11
Augusto Severo	-	1	-	1	5	-	7
Baraúna	-	1	-	-	1	-	2
Caraúbas	2	3	1	-	3	-	9
Carnaubais	-	-	-	-	2	-	2
Felipe Guerra	-	6	-	-	1	-	7
Fernando Pedroza	2	-	1	-	-	-	3
Gov. D.-S. Rosado	-	-	1	-	1	-	2
Grossos	-	-	-	-	3	-	3
Ipanguaçu	-	-	-	-	-	-	-
Itajá	-	-	-	-	-	-	-
Janduí	1	-	-	-	-	-	1
Messias Targino	-	-	-	-	2	-	2
Mossoró	45	19	31	27	182	62	366
Paraú	-	-	-	-	-	-	-
Pendências	-	-	-	-	2	1	3
São Rafael	-	-	-	-	-	-	-
Serra do Mel	1	1	-	-	3	2	7
Tibau	-	-	-	-	2	-	2
Triunfo Potiguar	1	-	1	-	1	-	3
Upanema	-	-	-	-	2	-	2
TOTAL	71	44	44	30	251	74	514

Fonte: CNES/MS, 2006

- DI – Diagnósticos por Imagem
- I-E – Equipamentos de Infra-Estrutura
- MG – Equipamentos por Métodos Gráficos
- MO – Equipamentos por Métodos Ópticos
- MV – Equipamentos para Manutenção da Vida

A região da II URSAP-RN apresenta um perfil de organização de serviços que revela uma grande heterogeneidade estrutural com a presença de pequenos municípios e um grande pólo de concentração de recursos e produção de serviços: o município de Mossoró. Como decorrência, os indicadores de serviços apresentam uma produção mediana para o padrão do RN. Embora seja grande a diversidade dos serviços produzidos nesta

região, predominam as Ações Básicas (5,6%) em relação às especializadas (3,6%), com uma participação incipiente das ações de alta complexidade (0,6%), conforme a Tabela . Em 2005, 62,27% da população desta região encontrava-se coberta pelas ações do PSF, bem superior aos municípios da Grande Natal, mas inferior ao das demais regiões do RN. A cobertura vacinal chegava a 71,6%, e as consultas médicas em atenção básica atingiram 1,1/habitante. O número de leitos da região é relativamente baixo (2,5/1.000 hab.), levando em conta que vários municípios de outras regiões, sobretudo os do Alto Oeste, utilizam os leitos de Mossoró (Rio Grande do Norte, 2004). Os hospitais deste município constituem uma alternativa regional ao encaminhamento de pacientes a Natal. Mas a grande demanda aos leitos de Mossoró vai além da sua capacidade de oferta, o que constitui uma barreira de acesso a esses serviços. Assim, o número de internações dos indivíduos desta população também é baixo (30,4%), e vários procedimentos de alta complexidade ainda são realizados em Natal (Rio Grande do Norte, 2004). A participação do setor privado através das empresas de Saúde Complementar expressa bem essa situação intermediária em relação ao processo de descentralização dos serviços de saúde, alcançando-se uma cobertura de 6,9% da população regional, sendo que Mossoró (13,2%) e Alto do Rodrigues (13,9%) registram as maiores presenças desse setor na região. Quanto ao processo de produção de serviços de saúde nesta região, merece destaque que: onze municípios atingiram uma cobertura pelo PSF superior a 90%; quatro produziram mais de 1 consulta médica básica por habitante; três produziram mais de 4 procedimentos de atenção básica por habitante; seis produziram mais de 4 procedimentos especializados por habitante; quatro atingiram uma cobertura vacinal superior a 80%; cinco alcançaram mais de 4 internações % dos habitantes. Entre os municípios de melhor performance no conjunto destes indicadores, destaca-se Mossoró, seguido de Caraúbas, Felipe Guerra e Fernando Pedroza (Tabela 8).

Tabela 8. Indicadores de cobertura e produção de serviços de saúde nos municípios da II URSAP – RN, em 2005

Municípios	PSF	CMAB /Hab	PAB /Hab	PE/ Hab	PAAC /Hab	Cob. Vacinal	Leitos %	Int ^o %	S.Compl %
Assu	16,5	0,2	1,1	4,2	-	69,57	1,8	7,5	4,9
Alto do Rodrigues	104,2	0,9	4,5	1,8	-	73,24	2,0	1,5	13,9
Angicos	52,0	0,1	0,6	4,2	-	66,91	2,3	5,1	2,7
Apodi	56,8	0,2	1,0	5,9	-	66,67	2,4	4,1	0,9
Arceia Branca	53,0	1,0	3,9	6,2	-	69,18	1,8	3,6	5,1
Augusto Severo	72,3	-	-	0,7	-	76,77	-	2,0	-
Baratuna	48,7	-	-	0,0	-	59,62	-	1,6	0,2
Carautabas	105,9	-	0,4	6,4	-	69,83	1,0	7,5	0,8
Carnaubais	71,6	1,2	2,1	0,0	-	72,83	3,7	1,8	1,0
Felipe Guerra	107,9	0,3	1,5	5,1	-	83,60	2,4	2,5	0,7
Fernando Pedroza	107,6	1,1	4,4	3,9	-	75,57	2,5	-	1,1
Gov. D.-S. Rosado	90,3	-	-	0,7	-	79,69	-	19	0,2
Grossos	95,9	0,4	3,3	0,2	-	71,95	1,3	1,5	0,6
Ipanguaçu	101,7	0,6	1,2	0,1	-	77,31	1,5	-	0,6
Itajá	60,0	0,3	1,4	0,2	-	68,78	5,2	-	0,7
Janduis	85,8	0,2	0,9	2,2	-	86,18	4,1	2,6	0,4
Messias Targino	96,5	0,5	3,3	2,3	-	69,43	3,3	4,3	0,4
Mossoró	59,6	2,0	9,5	4,3	0,6	72,05	-	9,1	13,2
Parau	92,4	-	-	-	-	71,25	-	-	0,6
Pendências	60,6	0,7	2,5	1,0	-	83,59	1,4	-	3,1
São Rafael	68,3	-	-	0,3	-	73,30	2,3	1,4	0,6
Serra do Mel	121,9	-	-	1,2	-	66,78	2,2	1,4	0,4
Tibau	90,8	-	0,6	0,3	-	85,82	-	-	0,5
Triunfo Potiguar	50,4	0,4	1,3	1,2	-	71,16	4,0	2,6	0,3
Upanema	49,7	0,6	2,9	1,2	-	75,13	1,0	2,9	0,4
II URSAP	62,3	1,1	5,6	3,6	0,6	71,57	2,5	5,8	6,9

• PSF - Cobertura do PSF (%)
 • CMAB/hab - Consultas médicas de Atenção Básica/Habitantes
 • PAB/hab - Procedimentos de Atenção Básica/Habitantes
 • PE/hab - Procedimentos Especializados/Habitantes
 • Cob. Vacinal - Cobertura Vacinal (%)
 • Leitos - Leitos/habitantes (‰)
 • Int. - Internações/habitantes (%)
 • S. Compl. - População usuária do subsistema Saúde Complementar (%)

Fonte: DATASUS/MS, 2006

III URSAP-RN

A região da III URSAP-RN conta com uma estrutura física incipiente: a presença dos hospitais gerais é pequena (2,8%) e são raros os serviços de SADT, de clínicas especializadas, e de pronto-socorro geral; não existem UVS, nem consultórios (médicos ou odontológicos). Os centros de saúde se apresentam em maior proporção que os outros estabelecimentos (41,5%), mas existe ainda uma presença marcante dos postos de saúde (34,5%) e das unidades mistas (9,9%) e os hospitais são pequenos e com baixo nível de incorporação tecnológica. Os municípios de João Câmara (sede da URSAP), Macau e Guamaré apresentam as estruturas físicas mais desenvolvidas, sendo responsáveis por 33% do total de estabelecimentos de saúde da região. O setor privado é pequeno (6,3%), mas é responsável por 50% dos hospitais gerais, 33,3% dos SADTS, 71,4% das clínicas especializadas e da única policlínica da região, localizada em João Câmara (Tabela 9).

Tabela 9. Estabelecimentos de saúde na III URSAP – RN, 2006

Municípios	CS/ UB	HG	PS	UM	SADT	CE	Cons	Policl	UVS	PSG	UM- NPH
Afonso Bezerra	2	-	2	1	-	-	-	-	-	-	1
Bento Fernandes	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Caicara do Norte	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Galinhos	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Guamaré	6	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Ielmo Marinho	4	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1
Jandaira	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-
Jardim de Angicos	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
João Câmara	3	1	10	1	1	2	-	1	-	-	-
Lajes	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macau	10	-	-	2	1	4	-	-	-	1	1
Maxaranguape	4	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Parazinho	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Pedra Grande	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Pedro Avelino	4	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Poço Branco	1	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-
Pureza	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Riachuelo	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rio do Fogo	4	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
São Bento do Norte	1	-	4	1	1	-	-	-	-	-	1
São M. do Gostoso	* *	*	*	*	*	*	-	*	*	*	*
Taipu	2	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-
Touros	1	-	15	1	-	1	-	-	-	-	-
TOTAL	59	4	49	14	3	7	-	1	-	1	4
Unidades Privadas	0	2	0	0	1	5	0	1	0	0	0
% Privadas	0	50	0	0	33,3	71,4	0	100	0	0	0

• CS/UB – Centro de Saúde/Unidade Básica
 • SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
 • HG – Hospital Geral
 • CE – Clínica Especializada/
 Ambulatório de Especialidades
 • PS – Posto de Saúde
 • Cons. – Consultório Individualizado
 • UM – Unidade Mista
 • UVS – Unidade de Vigilância à Saúde
 • Policl. – Policlínica
 • PSG – Pronto-Socorro Geral
 • UM-NPH – Unidade Móvel Nível Pré-Hospitalar

Fonte: CNES/MS, 2006

* Sem informações disponíveis

A disponibilidade de leitos para a região é de 1,8/1.000 habitantes, sendo 36% destes para os procedimentos clínicos, 25,3% para Ginecologia-obstetrícia e 24,6% para Pediatria. Os leitos destinados aos procedimentos cirúrgicos são reduzidos a 12,4%. João Câmara detém 15,8% do total de leitos da região, seguido de Macau (13%) e Lajes (7,4%). A distribuição dos poucos leitos existentes na região é relativamente homogênea, não existindo nenhum pólo de concentração como na II URSAP-RN (Tabela 10).

Tabela 10. Leitos disponíveis para o SUS na III URSAP – RN, por clínicas, em 2005

Municípios	Clínicos	Cirúrgicos	Pediátricos	Gine/ Obst	Psiqu.	Outros	Total
Afonso Bezerra	14	-	7	6	-	1	28
Bento Fernandes	9	-	5	5	-	-	19
Caiçara do Norte	-	-	-	-	-	-	-
Galinhos	5	-	2	2	-	-	9
Guamaré	6	11	6	4	-	-	27
Ielmo Marinho	-	-	-	-	-	-	-
Jandaíra	6	-	7	6	-	-	19
Jardim de Angicos	-	-	-	-	-	-	-
João Câmara	24	13	17	13	-	2	69
Lajes	14	7	6	4	-	1	32
Macau	8	16	8	25	-	-	57
Maxaranguape	3	-	2	2	-	-	7
Parazinho	2	-	3	4	-	-	9
Pedra Grande	6	-	6	2	-	-	14
Pedra Preta	-	-	-	-	-	-	-
Pedro Avelino	13	-	5	9	-	-	27
Poço Branco	19	-	6	5	-	-	30
Pureza	-	-	-	3	-	-	3
Riachuelo	-	-	-	-	-	-	-
Rio do Fogo	3	-	3	3	-	-	9
São Bento do Norte	14	-	6	5	-	1	26
São M. do Gostoso	-	-	-	-	-	-	-
Taipu	6	-	12	6	-	-	24
Touros	6	7	6	6	-	-	25
TOTAL	158	54	107	110	-	5	434

Fonte: DATASUS/MS, 2006

O desenvolvimento tecnológico do setor saúde nesta região é muito incipiente, e 46% dos equipamentos disponíveis são de manutenção da vida. Observando o conjunto dos equipamentos existentes, 28,4% são para diagnóstico por imagens, 9,8% por métodos gráficos, 4,9% por métodos ópticos e 7,8% de infra-estrutura (Tabela 11). Os municípios de João Câmara, Macau e Guamaré contam com uma melhor estrutura tecnológica que os demais, embora, diante da escassez, não se possa falar de uma concentração de recursos nesta região.

Tabela 11. Equipamentos disponíveis nos municípios da III URSAP – RN, em 2005

Municípios	DI	I-E	MG	MO	MV	Outros	Total
Afonso Bezerra	2	-	1	-	1	-	4
Bento Fernandes	-	-	-	-	-	-	-
Caçara do Norte	-	-	-	-	1	-	1
Galinhos	-	-	-	-	-	-	-
Guamaré	8	2	1	-	9	-	20
Ielmo Marinho	-	-	-	-	-	-	-
Jandaíra	1	-	-	-	-	-	1
Jardim de Angicos	-	-	-	-	-	-	-
João Câmara	2	3	2	3	9	-	19
Lajes	2	1	1	-	4	1	9
Macau	4	1	2	-	8	-	15
Maxaranguape	-	-	-	-	-	-	-
Parazinho	1	-	-	-	-	-	1
Pedra Grande	1	-	-	-	2	-	3
Pedra Preta	1	-	-	-	-	-	1
Pedro Avelino	1	-	1	-	-	-	2
Poço Branco	-	-	-	-	3	-	3
Pureza	-	-	-	-	-	-	-
Riachuelo	-	-	-	-	1	-	1
Rio do Fogo	2	-	1	-	1	-	4
São Bento do Norte	-	-	-	-	1	-	1
São M. do Gostoso	-	-	-	-	-	-	-
Taipu	-	-	-	-	4	-	4
Touros	4	1	1	2	3	2	13
TOTAL	29	8	10	5	47	3	102

Fonte: CNES/MS, 2006

- DI – Diagnósticos por Imagem
- I-E – Equipamentos de Infra-Estrutura
- MG – Equipamentos por Métodos Gráficos
- MO – Equipamentos por Métodos Ópticos
- MV – Equipamentos para Manutenção da Vida

Na região da III URSAP-RN, ressalta-se a fragilidade estrutural do sistema de saúde, com uma produção de serviços relativamente baixa, mas com alguns avanços quanto aos níveis de cobertura assistencial por ações básicas de saúde (Tabela 4). Em 2005, 63,77% da população desta região encontrava-se coberta pelas ações do PSF, a cobertura vacinal chegava a 74,8% e as consultas médicas em atenção básica se resumiam a 0,5/habitante. As Ações Básicas e de menor complexidade (3,1%) predominavam em relação às especializadas (2,3%) e não havia prestação de serviços de alta complexidade na região.

O número de leitos da região é baixo (1,8/1.000 hab.), configurando uma barreira de acesso a esses serviços, que se exprime pela baixa proporção de internações por habitante (2,7%), a maioria destas realizada em Natal (Rio Grande do Norte, 2004). A participação das empresas de Saúde Complementar também é modesta, e sua cobertura chega apenas a 1,4% da população regional, sendo que Guamaré (8,5%) e Macau (3,9%) são os municípios que apresentam maior número de beneficiários desses serviços. Sem aprofundar as especificidades do processo de produção de serviços de saúde dos municípios desta região, destaca-se que: 11 atingiram uma cobertura pelo PSF superior a 90%; 3 produziram mais de 1 consulta médica básica por habitante; 3 produziram mais de 4 procedimentos de atenção básica por habitante; nenhum produziu mais de 4 procedimentos especializados por habitante; 6 atingiram uma cobertura vacinal superior a 80%; 3 alcançaram mais de 4 internações % dos habitantes. Entre os municípios de melhor performance no conjunto desses indicadores, destacamos os pequenos municípios de Bento Fernandes e Lajes (Tabela 12). É importante ressaltar que não foram encontrados registros das informações de João Câmara (sede da III URSAP-RN) sobre sua produção em Atenção Básica, comprometendo a análise deste município. Vários outros municípios dessa região também deixaram de alimentar os bancos de dados do DATASUS/MS sobre produção e consumo de serviços.

Tabela 12. Indicadores de cobertura e produção de serviços de saúde nos municípios da III URSAP – RN, em 2005

Municípios	PSF	CMAB/ Hab	PAB/ Hab	PE/ Hab	PAAC/ Hab	Cob. Vacinal	Leitos %	Int%	S. Compl %
Afonso Bezerra	89,0	0,5	4,3	2,3	-	76,79	2,6	3,2	0,8
Bento Fernandes	100,0	1,6	2,2	3,1	-	80,70	3,9	0,2	0,3
Caçara do Norte	71,6	0,1	0,8	0,4	-	76,39	-	0,3	0,3
Galinhas	92,4	-	-	0,9	-	77,31	4,3	1,0	0,8
Guamaré	101,9	-	-	0,9	-	76,93	2,9	-	8,5
Ielmo Marinho	80,4	-	-	-	-	78,01	-	-	0,3
Jandira	7,3	-	-	-	-	86,18	2,9	-	0,3
Jardim de Angicos	70,6	0,7	3,2	-	-	77,24	-	-	0,1
João Câmara	64,6	-	-	3,8	-	71,39	2,2	6,7	1,1
Lajes	100,9	0,7	2,2	1,3	-	85,02	3,3	8,5	1,3
Macau	0,4	0,3	1,5	-	-	63,00	2,2	7,6	3,9
Maxaranguape	89,1	-	-	0,1	-	72,77	0,8	-	0,7
Parazinho	101,5	-	-	2,3	-	76,75	2,0	2,0	0,4
Pedra Grande	60,8	-	1,6	2,1	-	72,06	3,2	0,9	0,4
Pedra Preta	93,7	0,9	2,7	1,3	-	71,54	-	-	0,4
Pedro Avelino	130,6	0,2	1,3	3,2	-	80,30	4,6	1,3	1,5
Pogo Branco	12,5	-	-	0,1	-	88,59	2,2	1,8	0,4
Pureza	129,5	-	-	0,2	-	73,86	0,4	-	0,4
Riachuelo	96,5	0,7	4,1	2,6	-	70,95	-	-	0,8
Rio do Fogo	87,3	0,3	2,0	0,6	-	77,68	0,9	-	0,2
São Bento do Norte	93,6	0,7	3,6	0,2	-	72,51	7,4	-	1,8
São M. do Gostoso	74,6	1,2	3,9	1,8	-	95,18	-	0,2	0,2
Taipu	92,3	-	-	-	-	76,17	2,0	-	0,4
Touros	24,3	1,9	6,9	1,2	-	69,17	0,8	2,5	1,3
III URSAP	63,8	0,5	3,6	2,3	-	74,82	1,8	2,7	1,4

• PSF - Cobertura do PSF (%)
 • CMAB/hab - Consultas Médicas de Atenção Básica/Habitantes
 • PAB/hab - Procedimentos de Atenção Básica/Habitantes
 • PE/hab - Procedimentos Especializados/Habitantes
 • Cob Vacinal - Cobertura Vacinal (%)
 • Leitos - Leitos/habitantes (%)
 • Int - Internações/habitantes (%)
 • S. Compl - População usuária do subsistema Saúde Complementar (%)

Fonte: DATASUS/MS, 2006

IV URSAP-RN

Na região da IV URSAP-RN encontra-se uma estrutura física de estabelecimentos de saúde diversificada, onde dominam os centros de saúde (33,8%), seguidos dos postos de saúde (31%). Além destes, a região conta com vários SADTS (7,8%), consultórios (6,5%) e clínicas especializadas (4,8%). Merecem destaque o número de UVS distribuídas entre os municípios desta região e que respondem por 3,6% do total de estabelecimentos de saúde. Apesar de ser ainda percentual baixo, indica uma boa receptividade dos gestores da região a seguirem as proposições do MS de mudança progressiva do modelo assistencial, investindo em ações de saúde, sem se restringir aos serviços de assistência médica. Assim, a atenção primária instalada em todos os municípios dispõe de estrutura mínima para o desenvolvimento de suas ações, com vistas ao cumprimento das metas pactuadas na atenção básica e nas vigilâncias, como todas as ações de responsabilidade da atenção básica. No entanto, algumas áreas necessitam de um forte incentivo para sua consolidação a exemplo da vigilância em saúde, cuja implantação está assim configurada: vigilância epidemiológica em 100% deles, a vigilância ambiental em 48,0%, vigilância sanitária em 100%, saúde do trabalhador em fase de implantação apenas no município de Caicó.

A estrutura hospitalar conta com alguns hospitais gerais (2,7%) e várias unidades mistas (6,8%). Caicó e Currais Novos são os municípios que mais se destacam, sendo que o primeiro detém 24,2% dos estabelecimentos de saúde, e o segundo 9,5%. Caicó concentra 37,5% dos hospitais gerais, 20,2% dos centros de saúde, 78,3% dos SADTS, 57% das

clínicas especializadas, 36,8% dos consultórios e 66,7% das policlínicas, além de ser o único município que conta com uma unidade móvel nível pré-hospitalar de suporte avançado, integrante do SAMU. O setor privado contratado ocupa um lugar pequeno no interior do SUS desta região (12,5%), mas significativo no que concerne a algumas estruturas e serviços estratégicos. Assim, ele é responsável por 50% dos hospitais gerais, 87% dos SADTS, 71,4% das clínicas especializadas e 100% dos pronto-socorros gerais da região (ver Tabela 13). Além de Caicó e Currais Novos, merecem destaque no plano dos estabelecimentos de saúde instalados na região os municípios de Parelhas e Jucurutu, ambos com potencial para se desenvolver como pólos microrregionais no espaço regional.

Tabela 13. Estabelecimentos de saúde na IV URSAP – RN, 2005

Municípios	CS/ UB	HG	PS	UM	SADT	CE	Cons	Policl	UWS	PSG	PSE	UM- NPH	UMT	
Acari	5	1	3	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	• CS/UB – Centro de Saúde/Unidade Básica
Bodó	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	• HG – Hospital Geral
Caicó	20	3	4	2	18	8	7	4	2	1	-	1	1	• SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
Cerro Corá	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	• CE – Clínica
Cruzeta	2	-	5	2	-	-	1	-	1	-	-	-	-	• Especializada/ Ambulatório de Especialidades
Currais Novos	10	1	5	-	4	3	2	2	-	-	1	-	-	• UM – Unidade Mista
Equador	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	• Cons. – Consultório Individualizado
Florânia	1	-	13	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	• Policl.
Ipueira	1	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	– Policlínica
Jardim de Piranhas	3	-	5	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	• UWS – Unidade de Vigilância à Saúde
Jardim do Seridó	7	-	5	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	• PSG – Pronto-Socorro Geral
Jucurutu	8	1	12	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	• PSE – Pronto-Socorro Especializado
Lagoa Nova	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	• UMT – Unidade Móvel Terrestre
Ouro Branco	2	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	• UM-NPH – Unidade Móvel Nivel Pré-Hospitalar
Parcelhas	2	-	11	2	-	2	8	-	1	-	-	-	-	
Santana do Matos	5	-	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santana do Seridó	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
São Fernando	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
São João do Sabugi	2	1	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	
São José do Seridó	2	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	
São Vicente	3	-	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Serra N. do Norte	2	-	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ten. L. Cruz	1	-	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Timbaúba Batistas	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	99	8	91	20	23	14	19	6	11	3	1	1	1	
Unidades Privadas	0	4	0	0	20	10	0	0	0	3	0	0	0	
% Privadas	0	50	0	0	87	71,4	0	0	0	100	0	0	0	

Fonte: CNES/MS, 2006

Apesar do pequeno percentual de estabelecimentos hospitalares, existe uma disponibilidade de leitos na região de 3,6/1.000 habitantes, proporcionalmente grande para o padrão estadual. Estes encontram-se concentrados em Caicó (38,2%) e Currais Novos (11,9%). Mas merece destaque a disponibilidade de leitos hospitalares no município de Acari, da ordem de 5,6/1.000 habitantes, pouco abaixo de Caicó (6,6/1.000 hab.), mas acima de Currais Novos (3/1.000 hab.) e também, dos dois outros municípios que detêm mais estabelecimentos de saúde na região: Jucurutu (2,6/1.000 hab.) e Parelhas (2,4/1.000 hab.). Portanto a disponibilidade de leitos em Acari mostra-se desproporcional ao tamanho de sua população, mas ao mesmo tempo indica o seu potencial para se desenvolver enquanto pólo micro-regional. Os leitos hospitalares regionais estão distribuídos predominantemente nas clínicas básicas: clínicos (38,6%), pediátricos (16,8%) e de ginecologia-obstetrícia (16,6%). Porém, o que chama a atenção na oferta de leitos desta região é a proporção significativa dos cirúrgicos (15,8%) e dos psiquiátricos (10,1%), estes últimos todos concentrados em Caicó (Tabela 14).

Tabela 14. Leitos disponíveis para o SUS na IV URSAP – RN, por clínicas, em 2005

Municípios	Clínicos	Cirúrgicos	Pediátricos	Gine/Obst	Psiqu.	Outros	Total
Acari	22	9	19	13	-	-	63
Bodó	-	-	-	-	-	-	-
Caicó	127	59	49	51	107	11	404
Carnaúba dos Dantas	8	3	5	3	-	-	19
Cerro Corá	8	5	6	5	-	-	24
Cruzeta	20	6	8	8	-	2	44
Currais Novos	34	30	28	30	-	4	126
Equador	12	-	4	3	-	-	19
Florânia	14	6	-	-	-	-	20
Ipueira	6	-	3	3	-	-	12
Jardim de Piranhas	15	-	4	4	-	-	23
Jardim do Seridó	12	8	6	4	-	-	30
Jucurutu	19	14	7	8	-	1	49
Lagoa Nova	10	4	5	5	-	2	26
Ouro Branco	12	-	2	2	-	-	16
Parelhas	16	19	5	9	-	-	49
Santana do Matos	20	4	8	9	-	1	42
Santana do Seridó	-	-	-	-	-	-	-
São Fernando	-	-	-	-	-	-	-
São João do Sabugi	10	-	4	4	-	-	18
São José do Seridó	14	-	6	5	-	-	25
São Vicente	11	-	3	3	-	-	17
Serra Negra do Norte	12	-	4	4	-	1	21
Ten. Laurentino Cruz	6	-	2	2	-	-	10
Timbaúba Batistas	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	408	167	178	175	107	22	1057

Fonte: DATASUS/MS, 2006

A maioria dos hospitais são pequenos, com baixa incorporação tecnológica. Mas em Caicó existem hospitais e clínicas especializadas onde já se encontram equipamentos que permitem a realização de procedimentos de alta complexidade. A grande maioria dos equipamentos são de manutenção da vida (51,3%), seguidos daqueles para realização de diagnósticos por imagem (17,6%), por métodos ópticos (7,4%), por métodos gráficos (6,4%) e de infra-estrutura (4%). Uma variedade de

“outros” equipamentos, não classificados nos grupos principais, têm uma presença marcante nesta região (13,8%). A tecnologia médica é muito concentrada em Caicó (43,9%) e Currais Novos (27,9%), enquanto os outros municípios apresentam um baixo grau de incorporação tecnológica (Tabela 15). Os serviços ambulatoriais de alta complexidade se restringem a aparelho para exames de tomografia e serviços de hemodiálise.

Tabela 15. Equipamentos disponíveis nos municípios da IV URSAP – RN, em 2005

Municípios	DI	I-E	MG	MO	MV	Outros	Total
Acari	6	2	1	-	7	4	20
Bodó	-	-	-	-	-	-	-
Caicó	26	7	13	22	65	32	165
Carnaúba dos Dantas	1	-	1	-	-	-	2
Cerro Corá	-	-	-	-	2	-	-
Cruzeta	-	-	-	-	3	-	3
Currais Novos	16	2	5	6	64	12	105
Equador	1	-	-	-	-	-	1
Florânia	-	-	-	-	4	-	4
Ipueira	1	-	-	-	2	-	3
Jardim de Piranhas	1	-	-	-	2	-	3
Jardim do Seridó	-	1	-	-	7	-	8
Jucurutu	3	1	1	-	3	3	11
Lagoa Nova	2	1	1	-	17	-	21
Ouro Branco	-	-	-	-	1	-	1
Parelhas	5	-	-	-	-	-	5
Santana do Matos	1	1	-	-	3	-	5
Santana do Seridó	1	-	1	-	1	-	3
São Fernando	-	-	-	-	-	-	-
São João do Sabugi	-	-	-	-	4	1	5
São José do Seridó	1	-	1	-	2	-	4
São Vicente	-	-	-	-	2	-	2
Serra Negra do Norte	1	-	-	-	4	-	5
Ten.. Laurentino Cruz	-	-	-	-	-	-	-
Timbaúba dos Batistas	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	66	15	24	28	193	52	376

Fonte: CNES/MS, 2006

- DI – Diagnósticos por Imagem
- I-E – Equipamentos de Infra-Estrutura
- MG – Equipamentos por Métodos Gráficos
- MO – Equipamentos por Métodos Ópticos
- MV – Equipamentos para Manutenção da Vida

A exemplo da II URSAP-RN, observa-se na região da IV URSAP-RN a presença de um padrão de produção de serviços intermediário entre a Grande Natal e as outras regiões de saúde do RN. A predominância das Ações Básicas (3,7/hab.) sobre as especializadas (2,8/hab.) coexiste com uma incipiente prestação de serviços de alta complexidade (0,7/hab.) concentrada em Caicó. Em 2005, 70,25% da população desta região encontrava-se coberta pelas ações do PSF, sendo que a cobertura vacinal chegava a 71,3%, enquanto as consultas médicas em atenção básica se resumiam a 0,9/habitante. O número de leitos da região é relativamente alto (3,6/1.000 hab.) para o padrão do RN, e a proporção internações por habitante é a mais alta do estado (6,9 % hab.). Caicó e Currais Novos são dois pólos de produção de internações para a região. O primeiro destes municípios é responsável por 12,5 internações % dos habitantes, e o segundo, por 10,8 internações % dos habitantes. Ainda assim, a maioria das internações e ações ambulatoriais que requerem procedimentos de alta complexidade é realizada em Natal (Rio Grande do Norte, 2004). A participação das empresas de Saúde Complementar é baixa, e sua cobertura chega a 2,7% da população regional, sendo que Caicó (6,6%) e Currais Novos (5,2%) são os municípios que apresentam maior número de beneficiários desses serviços. Sem aprofundar as especificidades do processo de produção de serviços de saúde dos municípios desta região, destaca-se que: dezesseis atingiram uma cobertura pelo PSF superior a 90%; quatro produziram mais de 1 consulta médica básica por habitante; seis produziram mais de 4 procedimentos de atenção básica por habitante; três produziram mais de 4 procedimentos especializados por habitante; três atingiram uma cobertura vacinal superior a 80%; dez alcançaram mais de 4 internações por % dos habitantes. Entre os municípios de melhor performance no conjunto destes indicadores, destacam-se Caicó e Parelhas (Tabela 16).

Tabela 16. Indicadores de cobertura e produção de serviços de saúde nos municípios da IV URSAP – RN, em 2005

Municípios	PSF	CMAB/ Hab	PAB/ Hab	PE/ Hab	PAAC/ Hab	Cob. Vacinal	Leitos ‰	Intº	S.Compl %
Acari	98,5	0,6	3,0	5,3	-	69,39	5,6	0,8	2,3
Bodó	115,7	0,7	2,9	-	-	88,20	-	-	-
Caicó	16,4	1,7	6,6	4,8	0,7	71,26	6,6	1,5	6,6
Carnaúba dos Dantas	94,4	0,4	2,2	2,6	-	73,09	2,6	0,1	1,0
Cerro Corá	87,2	0,4	1,8	1,8	-	82,34	2,2	0,5	0,2
Cruzeta	94,6	0,9	4,3	2,2	-	61,90	5,3	0,5	1,2
Currais Novos	76,0	0,3	1,7	4,0	-	71,51	3,1	1,1	5,2
Equador	-	0,7	1,3	2,0	-	70,78	3,3	0,3	0,7
Florânia	94,9	0,1	1,0	1,4	-	68,76	2,2	0,6	1,2
Ipueira	94,8	0,6	1,8	0,9	-	72,13	5,9	-	0,4
Jardim de Piranhas	67,8	0,7	3,1	0,7	-	78,76	1,7	0,2	0,3
Jardim do Seridó	98,9	0,2	1,7	0,9	-	68,81	2,5	0,3	2,5
Jucurutu	68,9	0,6	2,7	2,2	-	66,17	2,6	0,7	0,6
Lagoa Nova	104,8	0,4	1,9	2,0	-	78,28	2,0	0,5	0,3
Ouro Branco	101,9	0,6	4,1	0,8	-	65,13	3,4	0,2	0,4
Parelhas	98,1	1,5	8,4	2,0	-	66,81	2,4	0,8	1,6
Santana do Matos	67,6	0,9	3,3	2,1	-	69,56	2,5	0,5	1,0
Santana do Seridó	-	1,2	4,3	3,9	-	71,91	-	-	0,8
São Fernando	103,6	0,6	2,2	0,0	-	70,99	-	-	1,3
São João do Sabugi	101,3	0,8	2,7	1,5	-	71,71	3,1	0,4	1,2
São José do Seridó	97,7	0,8	5,4	2,2	-	76,04	6,0	0,3	1,5
São Vicente	96,1	1,1	3,3	1,2	-	63,94	2,8	0,3	2,2
Serra Negra do Norte	100,3	0,8	3,1	1,8	-	73,63	2,8	0,3	1,3
Ten. Laurentino Cruz	88,9	0,7	2,8	1,4	-	71,54	2,0	-	0,1
Timbábua dos Bastistas	92,5	0,4	3,0	-	-	89,21	-	-	0,6
IV URSAP	70,3	0,9	3,7	2,8	0,7	71,34	3,6	0,7	2,7

• PSF - Cobertura do PSF (%)
 • CMAB/hab - Consultas
 médicas de Atenção Básica/
 habitantes
 • PAB/hab - Procedimentos de
 Atenção Básica/habitantes
 • PE/hab - Procedimentos
 Especializados/habitantes
 • Cob. Vacinal - Cobertura
 Vacinal (%)
 • Leitos - Leitos/habitantes (%)
 • Int. - Internações/habitantes (%)
 • S.Compl - População
 usuária do subsistema Saúde
 Complementar (%)

Fonte: DATASUS/MS, 2006

V URSAP-RN

A região da V URSAP-RN conta com uma estrutura física de estabelecimentos de saúde pequena. A maioria destes são centros de saúde (43,8%), seguidos de postos de saúde (22,9%), unidades mistas (10,5%) e pequenos hospitais (7,6%). O investimento em vigilância à saúde é mínimo (1%) e localizado no município de São Paulo do Potengi. A existência do consórcio intermunicipal do Trairi, que integra dez dos municípios desta região, contribui para que as decisões sobre os investimentos e a alocação dos recursos (neste caso físico) sejam partilhadas. Desta forma, apesar de Santa Cruz deter 20% do conjunto dos estabelecimentos, não podemos falar de concentração de recursos; estes estão distribuídos de forma relativamente homogênea. De qualquer forma, Santa Cruz é o município que apresenta proporcionalmente a maior estrutura de estabelecimentos de saúde na região, contando com 83,3% das clínicas especializadas, 75% dos consultórios, além de ser o único que conta com um hospital especializado e uma unidade móvel terrestre. A presença em Santa Cruz de um pólo acadêmico da UFRN e de um dos hospitais especializados do seu Complexo Hospitalar, o Hospital Universitário Ana Bezerra, permite a realização de cursos, pesquisas e atividades de extensão, em franca colaboração com o SUS desta região. O setor privado contratado é pequeno (10,5%), mas significativamente instalado em áreas estratégicas. Assim, este setor conta com 37,5% dos hospitais gerais, 100% dos SADT, 50% das clínicas especializadas e 50% dos consultórios (Tabela 17).

Tabela 17. Estabelecimentos de saúde na V URSAP – RN, 2005

Municípios	CS/ UB	HG	PS	UM	SADT	CE	Cons.	Policl.	UVS	HE	PSG	UMT
Barcelona	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Bom Jesus	2	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Campo Redondo	5	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Coronel Ezequiel	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Jaçanã	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Januário Cicco	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Lagoa de Velhos	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Lajes Pintada	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Pres. Juscelino	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ruy Barbosa	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Cruz	8	1	2	-	-	5	3	-	-	1	-	1
São Bento do Trairi	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São J. de Campestre	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São P. do Potengi	2	1	7	-	2	1	-	-	1	-	-	-
São Pedro	3	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé	1	1	5	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Sen. Elói de Souza	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sítio Novo	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Tangará	4	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	46	8	24	11	3	6	4	-	1	1	-	1
Unidades Privadas	0	3	0	0	3	3	2	0	0	0	0	0
% Privadas	0	37,5	0	0	100	50	50	0	0	0	0	0

Fonte: CNES/MS, 2006

A disponibilidade de leitos é de 2,2/1.000 habitantes, sendo que a maioria destes estão localizados em Santa Cruz (23,4%), seguido por São Paulo do Potengi (10%) e São José de Campestre (9,1%). Mas, quando se relativizam os dados com vistas a observar a sua disponibilidade para a população do seu município, vê-se que a situação se inverte, e São José de Campestre oferece seus leitos hospitalares numa proporção de 3/1.000 habitantes, acima de Santa Cruz (2,8/1.000 hab.) e São Paulo do Potengi (2,6/1.000 hab.). Mas não existem grandes disparidades intra-regionais, e o padrão de distribuição é semelhante ao de outras regiões, com predominância dos leitos para as clínicas básicas: clínicos (42,3%), pediátricos (22,9%) e de Ginecologia-obstetrícia (20,4%). Por sua vez, os leitos cirúrgicos se restringem a 13,9% do total e sua baixa disponibilidade (0,3/1.000 habs.) torna a região dependente de outras no plano dos procedimentos cirúrgicos (Tabela 18).

Tabela 18. Leitos do SUS disponíveis na V URSAP – RN, por Clínicas, em 2006

Municípios	Clínicos	Cirúrgicos	Pediátricos	Gine/ Obst	Psiqu.	Outros	Total
Barcelona	6	-	3	2	-	-	11
Bom Jesus	6	-	6	3	-	2	17
Campo Redondo	5	5	3	2	-	-	15
Coronel Ezequiel	7	-	2	3	-	-	12
Jaçanã	10	6	6	8	-	-	30
Januário Cicco	9	-	3	6	-	-	18
Lagoa de Velhos	7	-	1	1	-	-	9
Lajes Pintada	8	-	3	-	-	-	11
Pres. Juscelino	12	-	5	5	-	-	22
Ruy Barbosa	5	-	2	3	-	-	10
Santa Cruz	31	17	30	15	-	-	93
São Bento do Trairi	1	-	-	1	-	-	2
São J. de Campestre	16	11	4	5	-	-	36
São P. do Potengi	12	12	8	8	-	-	40
São Pedro	2	-	-	2	-	-	4
São Tomé	10	4	6	4	-	-	24
Sen. Elói de Souza	5	-	-	3	-	-	8
Sítio Novo	4	-	4	4	-	-	12
Tangará	12	-	5	6	-	-	23
TOTAL	168	55	91	81	-	2	397

Fonte: DATASUS/MS, 2006

O padrão de incorporação tecnológico da região é baixo, predominando os equipamentos de manutenção da vida (56,5%), seguidos daqueles voltados para produção de diagnósticos por imagem (19,4%), por métodos gráficos (11,3%), por métodos ópticos (2,4%) e de infra-estrutura (6,5%). Os sucessivos gestores da região têm optado por assegurar uma ampla cobertura de assistência básica à população e progressivamente equipando as estruturas assistenciais para a prestação de serviços de maior complexidade. Santa Cruz detém 33,9% dos equipamentos existentes na região, seguido de São Paulo do Potengi (17,7%), conforme Tabela 19.

Tabela 19. Equipamentos disponíveis nos municípios da V URSAP – RN, em 2005

Municípios	DI	I-E	MG	MO	MV	Outros	Total
Barcelona	1	-	1	-	1	-	3
Bom Jesus	-	-	1	-	-	3	4
Campo Redondo	1	-	2	-	3	-	6
Coronel Ezequiel	-	-	-	-	4	-	4
Jaçanã	1	-	1	-	5	-	7
Januário Cicco	3	-	-	-	5	-	8
Lagoa de Velhos	-	-	1	-	-	-	1
Lajes Pintada	-	-	-	-	1	-	1
Pres. Juscelino	-	-	1	-	-	-	1
Ruy Barbosa	1	-	1	-	1	-	3
Santa Cruz	8	1	3	1	29	-	42
São Bento do Trairi	-	-	-	-	1	-	1
São J. de Campestre	-	-	-	-	1	-	1
São P. do Potengi	7	3	1	-	10	1	22
São Pedro	-	1	-	-	-	-	1
São Tomé	2	2	2	-	2	1	9
Sen. Elói de Souza	-	1	-	2	2	-	5
Sítio Novo	-	-	-	-	1	-	1
Tangará	-	-	-	-	4	-	4
TOTAL	24	8	14	3	70	5	124

Fonte: DATASUS/MS, 2006

- DI – Diagnósticos por Imagem
- I-E – Equipamentos de Infra-Estrutura
- MG – Equipamentos por Métodos Gráficos
- MO – Equipamentos por Métodos Ópticos
- MV – Equipamentos para Manutenção da Vida

Na região da V URSAP-RN, observam-se algumas particularidades em relação às demais. Em 2005, ao mesmo tempo em que a cobertura assistencial pelo PSF era a maior de todas as regiões (98,59%), predominavam os procedimentos especializados (5,9/hab.) sobre os de Atenção Básica (3%), com uma participação muito incipiente de ações de alta complexidade (0,3/hab.). Ainda, em relação às ações básicas, a proporção de consultas médicas por habitante era de 0,8/hab., enquanto a cobertura vacinal era de 71,2% (Tabela 20). O número de leitos da região (2,2/1.000 hab.) é mediano para o padrão do estado, assim como a proporção de internações por habitante (4,3%). As ações de alta complexidade (ambulatoriais ou hospitalares) são na sua maioria realizadas em Natal (Rio Grande do Norte, 2004). A participação do setor privado de Saúde Complementar é a menor do estado, sua cobertura chegando a 1%, sendo que Santa Cruz (3,1%), São Paulo do Potengi (1,7%) e Bom Jesus (1,3%) são os municípios que apresentam maior número de beneficiários desses serviços. Sem aprofundar as especificidades do processo de produção de serviços de saúde dos municípios desta região, destaca-se que: dezessete dos dezenove municípios da região atingiram uma cobertura pelo PSF superior a 90%; seis deles produziram mais de 1 consulta médica básica por habitante; cinco produziram mais de 4 procedimentos de atenção básica por habitante; seis produziram mais de 4 procedimentos especializados por habitante; três atingiram uma cobertura vacinal superior a 80%; quatro alcançaram mais de 4 internações % dos habitantes. Entre os municípios de melhor performance no conjunto desses indicadores, destaca-se São José de Campestre, São Paulo de Potengi e Santa Cruz (Tabela 12).

Tabela 20. Indicadores de cobertura e produção de serviços de saúde nos municípios da V URSAP—RN, em 2005

Municípios	PSF	CMAB/ Hab	PAB/ Hab	PE/ Hab	PAAC/ Hab	Cob. Vacinal	Leitos ‰	Int%	S.Compl %
Barcelona	71,9	1,0	2,8	1,1	-	76,12	2,6	-	0,6
Bom Jesus	95,2	0,8	3,5	2,0	-	50,89	1,8	-	1,3
Campo Redondo	101,7	0,7	4,6	2,8	-	67,02	1,6	4,3	0,4
Coronel Ezequiel	99,3	0,4	1,7	0,0	-	68,47	2,4	2,3	0,3
Jaçanã	119,4	0,4	1,6	1,0	-	68,39	3,7	2,4	0,4
Januário Cicco	90,0	0,7	3,0	1,5	-	67,21	2,2	3,2	-
Lagoa de Velhos	90,3	0,8	4,5	1,0	-	67,93	2,9	-	0,1
Lajes Pintada	97,9	0,7	3,1	1,8	-	85,74	2,4	-	0,1
Pres. Juscelino	102,6	0,4	1,6	3,7	-	69,59	2,9	3,4	-
Ruy Barbosa	92,9	2,5	6,8	1,5	-	67,17	2,5	-	0,1
Santa Cruz	95,3	0,5	2,6	9,1	0,3	74,49	2,8	9,5	3,1
São Bento do Trairi	110,9	0,5	1,8	1,5	-	63,46	0,6	1,5	0,3
São J. de Campestre	153,4	1,0	4,1	9,1	-	74,55	3,0	5,3	0,6
São P. do Potengi	94,4	1,4	5,6	24,5	-	73,46	2,6	10,5	1,7
São Pedro	96,8	1,3	2,6	2,9	-	75,08	0,6	1,3	0,6
São Tomé	104,8	0,6	1,8	2,2	-	69,75	2,3	6,5	0,7
Sen. Elói de Souza	92,5	1,0	1,4	1,9	-	82,56	1,5	-	0,5
Sítio Novo	102,5	0,7	2,7	2,4	-	84,07	2,8	2,7	0,3
Tangará	80,8	0,5	1,3	1,1	-	66,15	1,7	1,0	0,9
V URSAP	98,6	0,8	3,0	5,9	0,3	71,20	2,2	4,3	1,0

Fonte: DATASUS/MS, 2006

- PSF - Cobertura do PSF (%)
- CMAB/hab - Consultas médicas de Atenção Básica/habitantes
- PAB/hab - Procedimentos de Atenção Básica/habitantes
- PE/hab - Procedimentos Especializados/habitantes
- Cob.Vacinal - Cobertura Vacinal (%)
- Leitos - Leitos/habitantes (%)
- Int. - Internações/habitantes (%)
- S.Compl - População usuária do subsistema Saúde Complementar (%)

Fonte: DATASUS/MS, 2006

VI URSAP-RN

A região da VI URSAP-RN apresenta uma estrutura física em expansão, onde dominam os centros de saúde (33,2%) e os postos de saúde (28,7%), seguidos das unidades mistas (11,7%). Também se observa uma participação significativa dos SADT (9%), dos consultórios (6,7%) e das clínicas especializadas (5,4%). No entanto, não existem UVS nesta região, e os hospitais gerais têm a sua participação limitada a 4,5% do total de estabelecimentos de saúde. Em 2002, o município de Pau dos Ferros foi identificado como possível sede de uma das macrorregiões de saúde do estado e, a partir de então, procurou ampliar sua oferta de serviços de Atenção Básica (através de investimentos próprios) e de média complexidade (sobretudo através do setor privado contratado), pretendendo credenciar-se para assumir essa condição. Em 2005, Pau dos Ferros lidera o conjunto de municípios desta região, apresentando 26% dos seus estabelecimentos de saúde, seguido de São Miguel (8%) e Alexandria (5,4%). Não existem grandes disparidades entre os municípios no que diz respeito ao volume de recursos físicos: apesar da pequena concentração em Pau dos Ferros, existe uma distribuição relativamente igualitária dos parques recursos do SUS. O setor privado contratado tem uma presença expressiva (21,5%) na região, dominando as áreas onde se estabelece: hospitais gerais (40%), SADTs (95%), clínicas especializadas (75%) e a totalidade dos consultórios e hospitais especializados (ver Tabela 21).

Tabela 21. Equipamentos disponíveis nos municípios da I URSAP – RN, em 2005

Municípios	CS/ UB	HG	PS	UM	SADT	CE	Cons	Policl	UVS	HE	PSG	UMT
Água Nova	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alexandria	3	1	7	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Almino Afonso	1	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antônio Martins	2	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coronel João Pessoa	1	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Doutor Severiano	2	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Encanto	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Francisco Dantas	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Frutuoso Gomes	1	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaú	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
João Dias	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jose da Penha	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Lucrécia	-	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Luiz Gomes	2	1	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Major Sales	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marcelino Vieira	3	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Martins	1	-	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Olho d' A. dos Borges	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraná	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Patu	3	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Pau dos Ferros	12	1	-	2	18	9	15	-	-	-	-	1
Pilões	1	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Portalegre	1	-	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Rafael Fernandes	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Rafael Godeiro	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Riacho da Cruz	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Riacho de Santana	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Rodolfo Fernandes	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São F. do Oeste	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Miguel	8	-	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Severiano Melo	3	-	2	1	-	3	-	-	-	-	-	-
Tabuleiro Grande	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Tenente Ananias	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Umarizal	8	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
Viçosa	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	74	10	64	26	20	12	15	-	-	1	-	1
Unidades Privadas	0	4	0	0	19	9	15	0	0	1	0	0
% Privadas	0	40	0	0	95	75	100	0	0	100	0	0

• CS/UB – Centro de Saúde/Unidade Básica
 • SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
 • HE – Hospital Especializado
 • HG – Hospital Geral
 • CE – Clínica Especializada/
 Ambulatório de Especialidades
 • PS – Posto de Saúde
 • Cons. – Consultório Individualizado
 • UM – Unidade Mista
 • UVS – Unidade de Vigilância à Saúde
 • Policl. – Policlínica
 • PSG – Pronto-Socorro Geral
 • UMT – Unidade Móvel Terrestre

Fonte: DATASUS/MS, 2006

Apesar do pequeno número de hospitais, a disponibilidade de leitos para a região é de 3,7/1.000 habitantes. Destes, a grande maioria são das clínicas básicas: Clínica médica (40%), Ginecologia-obstetrícia (24,2%) e Pediatria (21,2%). Os leitos cirúrgicos limitam-se a 13,8% do total disponibilizado na região. Os leitos hospitalares são distribuídos na região de forma relativamente homogênea, predominando em Pau dos Ferros (12,9%), Alexandria (11,2%), Patu (9,2%) e São Miguel (8%). No entanto, levando em conta o tamanho da população de cada município, a disponibilidade de leitos apresenta um outro perfil: Alexandria e Patu apresentam ambos com uma maior disponibilidade de leitos (7,5/1.000 hab.), seguidos de Pau dos Ferros (4,2/1.000 hab.) e São Miguel (3,3/1.000 hab.), conforme a Tabela 22.

Tabela 22. Leitos do SUS disponíveis na VI URSAP-RN, por clínicas, em 2005

Municípios	Clínicos	Cirúrgicos	Pediátricos	Gine/ Obst	Psiqu.	Outros	Total
Água Nova	-	-	-	-	-	-	-
Alexandria	44	15	21	18	-	1	99
Almino Afonso	8	8	8	8	-	-	32
Antônio Martins	13	-	6	5	-	-	24
Coronel João Pessoa	3	-	3	3	-	-	9
Doutor Severiano	10	-	3	3	-	-	16
Encanto	14	3	7	4	-	-	28
Francisco Dantas	5	-	1	-	-	-	6
Frutuoso Gomes	8	2	5	3	-	-	18
Itaú	9	-	3	3	-	-	15
João Dias	-	-	-	-	-	-	-
José da Penha	12	2	4	3	-	-	21
Lucrécia	4	-	2	6	-	-	12
Luiz Gomes	19	-	13	7	-	-	39
Major Sales	7	-	3	2	-	-	12
Marcelino Vieira	8	4	7	5	-	-	24
Martins	14	4	4	14	-	-	36
Olho d'Água dos Borges	5	-	4	4	-	-	13
Paraná	4	-	2	2	-	-	8
Patu	14	23	8	34	-	2	81
Pau dos Ferros	27	33	23	27	-	4	114
Pilões	4	-	3	5	-	-	12
Portalegre	10	4	3	5	-	-	22
Rafael Fernandes	7	-	1	-	-	-	8
Rafael Godeiro	3	3	3	6	-	-	15
Riacho da Cruz	10	-	5	2	-	-	17
Riacho de Santana	11	-	2	2	-	-	15
Rodolfo Fernandes	8	-	5	5	-	-	18
São Francisco do Oeste	-	-	-	-	-	-	-
São Miguel	20	10	20	21	-	-	71
Severiano Melo	11	-	6	4	-	-	21
Tabuleiro Grande	4	-	1	2	-	-	7
Tenente Ananias	13	7	4	3	-	-	27
Umarizal	18	4	4	5	-	-	31
Viçosa	6	-	3	3	-	-	12
TOTAIS	353	122	187	214	-	7	883

Fonte: DATASUS/MS, 2006

A incorporação de tecnologia aos serviços de saúde é relativamente baixa nesta região. A grande maioria dos equipamentos são para manutenção da vida (50,7%), seguidos daqueles que visam o diagnóstico por imagens (18%), por métodos gráficos (7,6%), por métodos ópticos (5,9%) e de infra-estrutura (5,9%). Encontra-se ainda um percentual considerável de

“outros equipamentos” não classificados nestes grupos principais (11,8%). Pau dos Ferros detém 35,9% dos equipamentos da região, seguido de Alexandria (19%) e São Miguel (12,5%), conforme Tabela XXIII.

Tabela 23. Equipamentos disponíveis nos Municípios da VI URSAP – RN, em 2005

Municípios	DI	I-E	MG	MO	MV	Outros	Total
Água Nova	-	-	-	-	-	-	-
Alexandria	4	2	1	-	41	10	58
Almino Afonso	-	-	-	-	4	-	4
Antônio Martins	1	2	-	-	7	-	10
Coronel João Pessoa	-	-	-	-	-	-	-
Doutor Severiano	1	-	1	-	-	-	2
Encanto	-	-	-	-	-	-	-
Francisco Dantas	-	-	-	-	-	-	-
Frutuoso Gomes	1	-	-	-	3	-	4
Itaú	-	-	1	-	-	-	1
João Dias	-	-	-	-	-	-	-
José da Penha	1	-	1	-	2	-	4
Lucrecia	-	-	1	-	2	-	3
Luiz Gomes	1	-	1	-	2	-	4
Major Sales	-	-	1	-	3	-	4
Marcelino Vieira	2	-	1	-	4	-	7
Martins	-	-	1	-	3	-	4
Olho d'Água dos Borges	-	-	-	-	2	-	2
Paraná	-	-	-	-	-	-	-
Patu	3	2	1	1	8	1	16
Pau dos Ferros	24	8	3	7	43	24	109
Pilões	1	-	-	-	4	-	5
Portalegre	2	-	1	-	-	-	3
Rafael Fernandes	-	-	-	-	-	-	-
Rafael Godeiro	1	-	-	1	2	-	4
Riacho da Cruz	-	-	1	-	-	-	1
Riacho de Santana	-	-	-	-	-	-	-
Rodolfo Fernandes	1	-	1	-	1	-	3
São Francisco do Oeste	-	-	-	-	-	-	-
São Miguel	7	3	4	8	15	1	38
Severiano Melo	-	-	-	-	-	-	-
Tabuleiro Grande	-	-	-	-	2	-	2
Tenente Ananias	4	1	3	1	2	-	11
Umarizal	1	-	-	-	1	-	2
Viçosa	-	-	-	-	3	-	3
TOTAL	55	18	23	18	154	36	304

Fonte: CNES/MS, 2006

• DI – Diagnósticos por Imagem
• I-E – Equipamentos de Infra-Estrutura

• MG – Equipamentos por Métodos Gráficos
• MO – Equipamentos por Métodos Ópticos
• MV – Equipamentos para Manutenção da Vida

Na região da VI URSAP-RN, predominam os procedimentos de Atenção Básica (6,5/hab.) sobre os especializados (3,3/hab.), com um padrão incipiente de procedimentos de alta complexidade (0,9/hab.). Em 2005, a cobertura assistencial pelo PSF era de 94,84%, a proporção de consultas médicas por habitante era de 1,3/habitante e a cobertura vacinal, de 72,6% (Tabela 24). O número de leitos da região (3,7/hab.) é relativamente alto para o padrão do estado, e a proporção de internações por habitante chega a 66. Mas, como esses leitos são predominantemente clínicos e restritos a ações de média complexidade, a maioria das internações que requerem procedimentos mais complexos utilizam leitos de Mossoró ou, no caso daquelas de alta complexidade, são encaminhadas para Natal (Rio Grande do Norte, 2004). A cobertura do setor privado de Saúde Complementar é baixa, chegando a 1,2%. Pau dos Ferros (4,7%) e Martins (2,2%) são os municípios que apresentam maior número de beneficiários desses serviços. Quanto ao processo de produção de serviços de saúde dos municípios desta região, destaca-se que: vinte e sete (27) dos trinta e cinco (35) municípios da região atingiram uma cobertura pelo PSF superior a 90%; vinte (20) destes produziram mais de 1 consulta médica básica por habitante; vinte (20) produziram mais de 4 procedimentos de atenção básica por habitante; oito produziram mais de 4 procedimentos especializados por habitante; cinco atingiram uma cobertura vacinal superior a 80%; treze alcançaram mais de 40 internações % dos habitantes. Entre os municípios de melhor performance no conjunto desses indicadores, destacam-se Pau dos Ferros, Rodolfo Fernandes e São Miguel (Tabela 24).

Tabela 24. Indicadores de cobertura e produção de serviços de saúde nos municípios da VI URSAP – RN, em 2005

Municípios	PSF	CMAB/ Hab	PAB/ Hab	PE/ Hab	PAAC/ Hab	Cob. Vacinal	Leitos ‰	Int ⁶ %	S.Compl %
Água Nova	94,5	1,9	5,4	2,0	-	63,29	-	-	0,2
Alexandria	83,3	0,9	4,2	2,4	-	78,04	7,5	28,6	1,7
Almino Afonso	104,0	0,2	1,2	1,0	-	70,87	6,6	14,9	0,5
Antônio Martins	107,6	0,3	1,5	6,4	-	63,38	3,8	7,7	0,3
Coronel João Pessoa	95,1	2,7	8,4	2,3	-	85,53	1,9	4,0	0,4
Doutor Severiano	104,5	0,7	3,1	1,7	-	66,75	2,4	2,9	0,1
Encanto	103,0	1,2	3,1	1,6	-	73,28	5,8	4,2	0,2
Francisco Dantas	109,5	1,2	3,9	0,2	-	57,48	2,1	1,7	0,2
Francisco Gomes	96,8	0,6	2,4	7,3	-	84,00	4,0	5,2	0,7
Itaú	89,6	2,3	6,6	4,0	-	71,18	2,7	3,2	1,0
João Dias	103,9	0,1	2,8	5,4	-	83,80	-	-	0,1
José da Penha	99,0	1,0	3,8	3,0	-	67,95	3,4	3,3	0,4
Lucrécia	99,9	0,7	4,1	1,4	-	79,88	3,6	3,5	0,3
Luiz Gomes	94,1	1,0	4,8	1,9	-	71,34	4,1	3,7	0,4
Major Sales	106,5	1,3	4,9	1,6	-	63,45	3,9	2,9	0,4
Marcelino Vieira	100,1	-	-	1,5	-	64,09	3,0	3,1	0,8
Martins	83,8	0,5	2,9	1,1	-	71,10	4,8	6,8	2,2
Olho d'Água dos Borges	91,0	2,0	6,8	1,9	-	78,24	3,0	3,1	0,1
Paraná	89,9	1,0	4,3	2,3	-	77,87	2,2	2,0	0,9
Patu	108,4	0,2	2,0	3,7	-	61,00	7,5	6,3	1,0
Pau dos Ferros	103,8	2,5	11,0	7,5	0,9	83,30	4,2	14,9	4,7
Pilões	87,1	1,4	4,0	1,8	-	64,81	3,4	3,2	1,1
Portalegre	99,4	1,3	4,6	1,1	-	64,44	3,1	4,3	0,7
Rafael Fernandes	91,8	1,0	5,0	1,9	-	76,66	1,7	2,1	0,4
Rafael Godeiro	101,4	0,2	1,1	2,6	-	79,67	5,1	3,4	0,4
Riacho da Cruz	98,8	0,7	3,4	1,8	-	62,53	6,2	4,2	0,9
Riacho de Santana	102,3	1,2	5,3	2,4	-	71,74	3,5	1,6	0,5
Rodolfo Fernandes	106,6	1,6	6,8	7,4	-	81,07	4,5	4,1	1,1
São F. do Oeste	103,7	0,7	2,8	0,0	-	67,45	-	-	0,3
São Miguel	96,6	2,6	19,7	4,4	-	76,03	3,3	5,8	1,1
Severiano Melo	71,9	1,4	5,0	1,8	-	69,36	2,0	3,5	0,1
Tabuleiro Grande	106,4	0,6	4,2	1,0	-	59,90	3,5	2,7	0,8
Tenente Ananias	76,6	1,3	3,8	3,5	-	75,81	3,2	4,1	0,9
Umarizal	59,3	0,9	5,9	1,9	-	63,97	2,8	2,8	1,4
Viçosa	109,1	2,8	11,8	7,1	-	74,85	7,3	-	0,4
VI URSAP	94,8	1,3	6,5	3,3	0,9	72,56	3,7	6,6	1,2

Fonte: DATASUS/MS, 2006

• PSF - Cobertura do PSF (%)

• CMAB/hab - Consultas

médicas de Atenção Básica/habitantes

• PAB/hab - Procedimentos de

Atenção Básica/habitantes

• PE/hab - Procedimentos

Especializados/habitantes

• Cob. Vacinal - Cobertura

Vacinal (%)

• Leitos - Leitos/habitantes

(‰)

• Int - Internações/habitantes (%)

• S. Compl - População

usuária do subsistema Saúde

Complementar (%)

Fonte: DATASUS/MS, 2006

Grande Natal

A região da Grande Natal concentra a maioria dos estabelecimentos de saúde do RN, sobretudo aqueles de maior complexidade. Assim, ao contrário das outras regiões, predominam os consultórios (32,6%) e as clínicas especializadas (25%), seguidos dos centros de saúde (17%) e dos SADT (13,5%). Apesar de sua pequena proporção em relação ao conjunto de estabelecimentos de saúde da região, os hospitais gerais (2,4%) e especializados (2,2%) são as unidades de saúde de maior expressão dentro do sistema de saúde, pois nesta região se concentram os hospitais de grande porte e de alta tecnologia do estado. Estes dão cobertura aos níveis de menor complexidade do sistema, constituindo-se como referência para todo o RN. O nível de concentração de recursos é muito elevado, e Natal reúne 80% de todos os estabelecimentos de saúde da região: 97,6% dos consultórios, 88,7% de SADT, 84,8% das clínicas especializadas, 72,7% dos hospitais gerais, 58,3% das Policlínicas, 50% das Unidades Mistas, 50% dos pronto-socorros gerais, 46,2% dos centros de saúde, 38,5% das UVS, 33,3% das unidades móveis terrestres, além de 100% dos hospitais especializados, dos pronto-socorros especializados e das unidades móveis de nível pré-hospitalar. Em função de sua proximidade de Natal, onde se localiza a sede da SSAP-RN e da CIB-RN, a Grande Natal não conta com uma URSAP-RN, e os municípios se relacionam diretamente, entre si e com o governo do estado do RN, sem estruturas administrativas intermediárias. Também, ao contrário das outras regiões de saúde, o setor privado é forte e responde por 70% dos estabelecimentos de saúde desta região: 94,7% dos consultórios, 93,5% dos SADT, 89,6% das clínicas especializadas, 75% das policlínicas, 54,5% dos centros de saúde, 25% dos pronto-socorros gerais, 20% dos hospitais especializados, além dos dois únicos pronto-socorros especializados (Tabela 25). A grande Natal apresenta uma estrutura física compatível com o modelo hospitalocêntrico dominante, em processo de transformação, estrutura na qual os interesses privatistas jogaram um peso importante na sua constituição.

Tabela 25. Estabelecimentos de saúde na Grande Natal – RN, em 2005

Municípios	CS/ UB	HG	PS	UM	SADT	CE	Cons	Policl	HE	UVS	PSG	PSE	UM- NPH	UMT
Ceará-Mirim	20	2	3	1	1	2	-	4	-	-	-	-	-	-
Extremoz	5	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macaíba	17	1	6	-	-	9	2	2	-	6	-	-	-	1
Natal	72	16	1	2	110	196	293	14	20	5	2	2	2	1
Parnamirim	18	2	2	-	11	17	4	3	-	1	1	-	-	-
S. G. Amarante	24	1	1	1	1	7	1	1	-	1	1	-	-	1
TOTAL	156	22	14	4	124	231	300	24	20	13	4	2	2	3
Unid. Privadas	0	12	0	0	116	207	284	18	4	0	1	2	0	0
% Privadas	0	54,5	0	0	93,5	89,6	94,7	75	20	0	25	100	0	0

Fonte: CNES/MS, 2006

- CS/UB – Centro de Saúde/Unidade Básica
- SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- HE – Hospital Especializado
- HG – Hospital Geral
- CE – Clínica Especializada/ Ambulatório de Especialidades
- PS – Posto de Saúde
- Cons. – Consultório Individualizado
- UM – Unidade Mista
- UVS – Unidade de Vigilância à Saúde
- Policl. – Policlínica
- PSE - Pronto-Socorro Especializado
- PSG – Pronto-Socorro Geral
- UM-NPH – Unidade Móvel Nível Pré-Hospitalar
- UMT – Unidade Móvel Terrestre

A disponibilidade de leitos da Grande Natal é de 0,8/1.000 habitantes. Na verdade, grande parte desses leitos, sobretudo os de Natal, não estão disponíveis apenas para a população desta região ou deste município, pois são de referência estadual. Assim, a grande demanda estadual aos hospitais da Grande Natal, somada à insuficiência de leitos para suprir as necessidades das populações desses municípios, resulta no engurgitamento crônico desses hospitais (sobretudo dos públicos), nas filas freqüentes e na deterioração da sua qualidade assistencial, sendo o Hospital Walfredo Gurgel a instituição-símbolo dessa situação crítica. Ao contrário das outras regiões, predominam os leitos cirúrgicos (25,7%), seguidos dos clínicos (20,6%), psiquiátricos (18,4%), pediátricos (13,8%) e de Ginecologia-obstetrícia (11,8%). A diversidade da oferta de leitos da região, sobretudo em Natal, inclui a presença de “outros” leitos não classificados no interior desses grupos principais e com uma relativa expressão (9,7%), conforme a Tabela 26. A maior oferta de leitos cirúrgicos acompanha o perfil de hospitais com padrão tecnológico de maior complexidade e maior inversão de recursos financeiros, com uma tendência a se concentrar, por um lado, na capital e na segunda maior cidade (Mossoró) e, por outro lado, no setor privado. Assim, Natal concentra 88,8% dos leitos, e sua disponibilidade para este município seria de 2,9/1.000 hab. E, para a região, de 1,9/1.000 hab., se esses leitos não fossem ofertados aos demais municípios do RN.

Tabela 26. Leitos do SUS disponíveis na Grande Natal, por clínicas, em 2005

Municípios	Clínicos	Cirúrgicos	Pediátricos	Gine/ Obst	Psiqu.	Outros	Total
Ceará-Mirim	26	12	16	23	-	2	79
Extremoz	-	-	-	-	-	-	-
Macaíba	10	8	5	14	-	-	37
Natal	432	576	290	238	465	242	2243
Parnamirim	31	40	18	12	-	2	103
S. G. Amarante	22	12	20	10	-	-	64
TOTAIS	521	648	349	297	465	246	2526

Fonte: DATASUS/MS, 2006.

O padrão tecnológico da região é alto, e sua predominância é nos equipamentos de manutenção da vida (58,9%), seguidos dos que visam contribuir para a formação do diagnóstico por imagens (10,2%), por métodos ópticos (5,2%), por métodos gráficos (3,6%) e infra-estrutura (4,7%). Nesta região, não apenas a quantidade de equipamentos é muito superior à das demais, como também a sua diversidade. Assim, são vários os equipamentos, sobretudo em Natal, que são classificados como “outros” (17,4%), por não estarem incluídos nos grupos mais frequentes. A concentração tecnológica também é muito alta, e Natal detém 93,5% dos equipamentos cadastrados no CNES/MS. A disparidade tecnológica é visível quando se observam os dois municípios que detêm mais tecnologia na região: Parnamirim (3,6%) e Macaíba (1%), conforme a Tabela 27.

Tabela 27. Equipamentos Disponíveis nos Municípios da I URSAP – RN, em 2005

Municípios	DI	I-E	MV	MG	MO	Outros	Total
Ceará-Mirim	5	3	12	1	-	14	35
Extremoz	-	-	2	-	-	-	2
Macaíba	9	6	2	2	11	7	37
Natal	328	146	2.122	123	176	569	3.464
Parnamirim	26	17	37	4	4	56	144
S. G. Amarante	11	2	7	3	-	-	23
TOTAL	379	174	2.182	133	191	646	3.705

Fonte: CNES/MS, 2006

- DI – Diagnósticos por Imagem
- I-E – Equipamentos de Infra-Estrutura
- MG – Equipamentos por Métodos Gráficos
- MO – Equipamentos por Métodos Ópticos
- MV – Equipamentos para Manutenção da Vida

A região da Grande Natal ocupa um lugar de destaque em relação às demais, pois nela encontra-se Natal, a capital do RN, onde se concentra a maior parte dos recursos do sistema de saúde e, conseqüentemente, a maior produção dos seus serviços. Em 2005, apesar de apresentar a menor cobertura do PSF do estado (42,87%), predominavam os procedimentos de Atenção Básica (8,2/hab.) sobre os especializados (5,3/hab.). Além disso, a Grande Natal tem a responsabilidade de ser a referência da maioria das ações de alta complexidade realizadas no RN. Assim, a proporção de 6,1/hab., compatível com a assistência à população regional, na verdade se reduziria para 2,2/hab., ao assumir a população do RN como referência. Por outro lado, observando-se a Atenção Básica, vê-se uma proporção de consultas médicas por habitante baixa (0,7/hab.), enquanto a cobertura vacinal se limita a 68,46% (Tabela 28). O número de leitos da região (2,1/1.000 hab.) é mediano para o padrão do

estado, fato que se agrava ao levar-se em conta que muitas das internações para procedimentos de média e alta complexidade dos municípios de outras regiões são realizadas em Natal. Assim, tendo como parâmetro a população desta região, observa-se a proporção de 6,6 internações % dos habitantes. O setor privado de Saúde Complementar é relativamente forte, cobrindo 21,6% da população da região. Natal (28,6%) e Parnamirim (12,5%) são os municípios que apresentam maior número de beneficiários desses serviços. O processo de produção de serviços de saúde dos municípios desta região é muito complexo e merece um aprofundamento que não é do escopo deste trabalho, mas pode-se destacar que: nenhum dos municípios da região atingiu uma cobertura pelo PSF superior a 90%, nem uma cobertura vacinal superior a 80%; todos produziram mais de 1 consulta médica básica por habitante e mais de 4 procedimentos de atenção básica por habitante; apenas Natal e Macaíba produziram mais de 4 procedimentos especializados por habitante; apenas Natal e São Gonçalo do Amarante produziram mais de 4 internações % dos habitantes. Analisando o conjunto desses indicadores, Natal é o único município que apresentou uma performance abrangente, contemplando a maioria deles (Tabela 25).

Tabela 28. Indicadores de cobertura e produção de serviços de saúde nos municípios da Grande Natal, em 2005

Municípios	PSF	CMAB/ Hab	PAB/ Hab	PE/ Hab	PAAC/ Hab	Cob. Vacinal	Leitos ‰	Int ‰	S.Compl ‰
Ceará-Mirim	33,4	2,1	10,1	1,5	-	72,73	1,1	2,8	3,1
Extremoz	60,0	-	-	1,3	-	65,86	-	-	3,6
Macaíba	63,6	1,8	13,3	4,7	0,1	76,34	0,6	2,4	4,4
Natal	33,0	1,8	8,0	6,6	8,5	67,73	2,9	8,4	28,6
Parnamirim	74,2	1,1	5,8	3,5	0,2	64,73	0,6	2,6	12,5
S. G. Amarante	61,5	1,7	9,1	1,5	-	73,23	0,8	4,8	7,1
Grande Natal	42,8	0,7	8,2	5,3	6,1	68,46	2,1	6,6	21,6

Fonte: DATASUS/MS, 2006

- PSF - Cobertura do PSF (%)
- CMAB/hab - Consultas médicas de Atenção Básica/habitantes
- PAB/hab - Procedimentos de Atenção Básica/habitantes
- PE/hab - Procedimentos Especializados/habitantes
- Cob. Vacinal - Cobertura Vacinal (%)
- Leitos - Leitos/habitantes (‰)
- Int. - Internações/habitantes (%)
- S. Compl - População usuária do subsistema Saúde Complementar (%)

5.2 - Notas sobre o sistema de saúde regionalizado

Para avançar no processo de regionalização do sistema de saúde, faz-se necessário efetivar algumas pré-condições: recursos (físicos, tecnológicos, humanos e financeiros) adequados e em número suficiente para materializar um desenho regional, conferindo factibilidade ao processo; uma estrutura organizacional adequada para favorecer o desenvolvimento das ações dos atores envolvidos, no caminho da integração do sistema, reduzindo as disparidades regionais a partir do desenvolvimento de suas partes; um contexto favorável para a construção da viabilidade, reunindo forças políticas capazes de lhe dar sustentação (Macedo, 2006). Neste último caso, a vontade política dos gestores dos três níveis de governo é fundamental, assim como a participação dos distintos atores do sistema.

Analisando as condições de estrutura, produção e consumo de serviços de saúde no RN, através dos indicadores apresentados, identificam-se heterogeneidades que se expressam como carências e disparidades regionais (Tabela 29). Assim, no que concerne às Ações Básicas, observa-se uma cobertura do PSF que varia nas distintas regiões (Figura 2), desde patamares próximos de 100% (V e VI URSAP), a níveis entre 60 e 70% (II, III, IV e I URSAP), chegando-se ao nível de 42,9% (Grande Natal). É preciso considerar as dificuldades para ampliar a cobertura das atividades do PSF nos grandes municípios, em função do maior volume de recursos necessários para implantação das equipes e da maior adesão da população ao setor privado de Saúde Complementar (28,6% em Natal e 13,2 em Mossoró, que contribuem para aumentar a cobertura média de suas respectivas regiões). No que concerne à cobertura vacinal, apenas a Grande Natal se mantém abaixo da média estadual. Mas, apesar das baixas coberturas vacinal e do PSF em relação à população da região, vê-se que a Grande Natal apresenta a maior produção per capita de procedimentos de Atenção Básica do RN. Por outro lado, com exceção da V URSAP, em todas as regiões de saúde predominam as ações de Atenção Básica sobre as especializadas (média complexidade) e de alta complexidade (Figura 3).

Tabela 29. Indicadores de cobertura e produção de serviços nas Regiões de Saúde do RN, em 2005

Municípios	PSF	CMAB/ Hab	PAB/ Hab	PE/ Hab	PAAC/ Hab	Cob. Vacinal	Leitos ‰	Int %	S.Compl %
I URSAP	81,4	0,6	3,1	3,0	-	74,6	1,2	30,4	1,4
II URSAP	62,3	1,1	5,6	3,6	0,6	71,6	2,5	58,0	6,9
III URSAP	63,8	0,5	3,6	2,3	-	74,8	1,8	26,8	1,4
IV URSAP	70,3	0,9	3,7	2,8	0,7	71,3	3,6	69,0	2,7
V URSAP	98,6	0,8	3,0	5,9	0,3	71,2	2,2	43,0	1,0
VI URSAP	94,8	1,3	6,5	3,3	0,9	72,6	3,7	66,0	1,2
Grande Natal	42,9	0,7	8,2	5,3	6,1	68,5	2,1	65,6	21,6
RN	62,4	-	5,5	4,0	2,3	71,1	-	-	10,4

Fonte: CNES/MS, 2006

- PSF - Cobertura do PSF (%)
- CMAB/hab - Consultas médicas de Atenção Básica/habitantes
- PAB/hab - Procedimentos de Atenção Básica/habitantes
- PE/hab - Procedimentos Especializados/habitantes
- Cob.Vacinal - Cobertura Vacinal (%)
- Leitos - Leitos/habitantes (‰)
- Int. - Internações/habitantes (%)
- S. Compl - População usuária do subsistema Saúde Complementar (%)

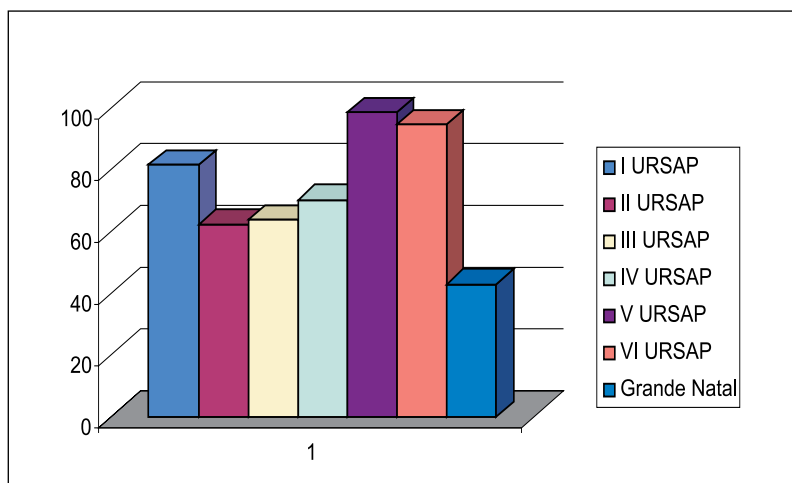


Figura 2. Cobertura da população do RN pelo PSF, 2005

Fonte: DATASUS/MS, 2006

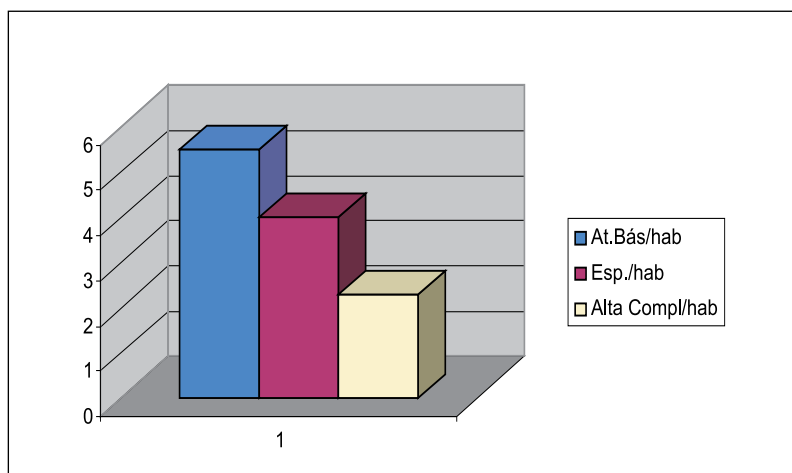


Figura 3. População ambulatorial do SUS no RN, 2005

Fonte: DATASUS/MS, 2006

Considerando que o processo de regionalização se orienta no sentido de conferir integralidade às ações do sistema de saúde e reduzir os problemas de acesso, rumo à universalidade, um desafio reside na superação das desigualdades regionais. O fato de ter-se uma predominância de procedimentos de Atenção Básica em relação aos demais níveis do sistema significa um avanço, porém só será significativo na medida em que não apenas aumente o número de estabelecimentos e a produção das ações básicas mas, também, que esse aumento venha acompanhado de uma maior cobertura por serviços de média e alta complexidade nas regiões, compatível com as suas necessidades, dotando-as de autonomia. Por outro lado, é necessário que se mude a lógica de funcionamento do sistema, no sentido da integração e da qualificação dessas ações. Nestes termos, é importante observar a distribuição das unidades de vigilância à saúde (UVS) no RN (Figura 4), na medida em que essas unidades prestam serviços essenciais para a racionalidade do novo modelo assistencial que se pretende implantar no SUS.

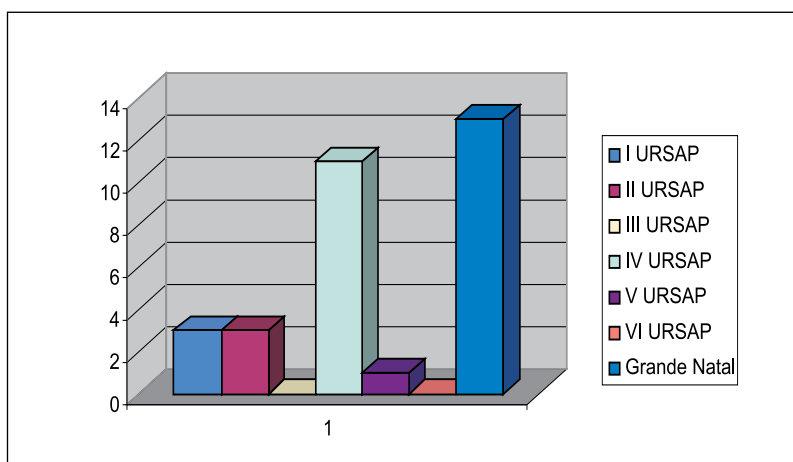


Figura 4. Unidades de Vigilância à Saúde no RN, 2005

Fonte: DATASUS/MS, 2006

Apesar das desigualdades inter-regionais de recursos e da melhoria das condições estruturais do sistema de saúde no RN, é necessária a clareza de que a consolidação das regiões de saúde ocorra a médio prazo, a fim de que sejam realizados os investimentos necessários para dotar essas regiões de uma relativa autonomia de recursos. No que concerne à Atenção Básica, embora sejam necessários investimentos para ampliar a cobertura do PSF, ampliar a cobertura vacinal, melhorar aspectos organizativos, resolver problemas relativos à gestão da força de trabalho (desprecarização das relações de trabalho, qualificação das suas equipes...), entre outras questões, já é possível vislumbrar em todas as regiões administrativas (URSAP) e na Grande Natal uma cobertura assistencial com um mínimo de consistência, o que permite as condições de aperfeiçoamento do processo de regionalização contando com o primeiro nível, porta de entrada preferencial do sistema de saúde, em praticamente todos os municípios do RN.

Algo semelhante pode ser visto também no que diz respeito às internações, que apresentam um comportamento relativamente homogêneo na II, IV e VI URSAP e na Grande Natal (Figura 5), de forma coerente com a disponibilidade de leitos nas regiões (Tabela XXIX). É necessário lembrar que a distribuição desses leitos favorece as clínicas básicas (Figura 6); os leitos cirúrgicos e os psiquiátricos são concentrados em Natal e Mossoró (Tabela XXIX). Quanto aos leitos psiquiátricos, além de sua concentração (em Natal, Mossoró e Caicó), estes ainda continuam sendo ofertados predominantemente por estabelecimentos manicomiais, em desacordo com a proposta da reforma psiquiátrica preconizada pelo Ministério da Saúde. Mas é preciso ressaltar o crescimento progressivo de instituições e políticas alternativas como modelo manicomial de assistência, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAP), as residências terapêuticas, a política “De Volta para Casa” (voltada para a re-inserção na família dos internos crônicos em hospitais psiquiátricos).

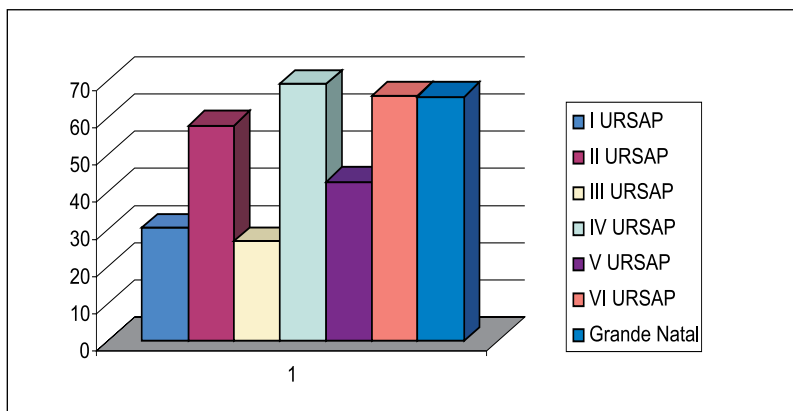


Figura 5. Internações hospitalares por habitante no RN, 2005

Fonte: DATASUS/MS, 2006

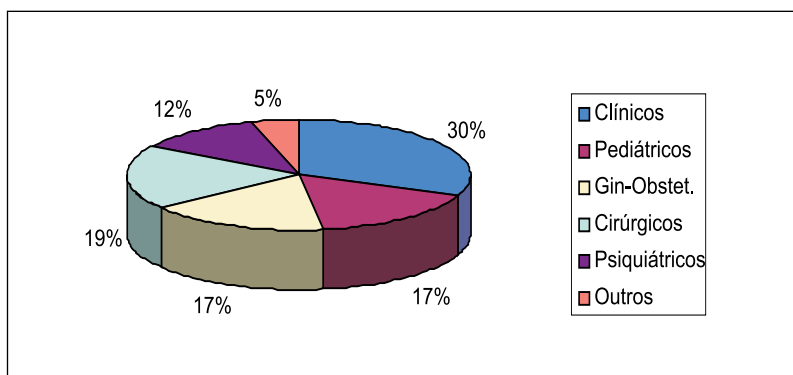


Figura 6. Leitos disponíveis para o SUS – RN por clínicas, 2005

Fonte: DATASUS/MS, 2006

5.3 Gestão do Trabalho, Quadro de Pessoal e Educação Permanente em Saúde

5.3.1 Gestão do Trabalho

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem enfrentando, desde a sua institucionalização, permanentes desafios que se renovam a cada etapa de implantação. Na área de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, apesar dos esforços dos vários atores sociais que lutam pela implementação de um modelo de gestão democrático, participativo e humanizado, as propostas inovadoras ainda enfrentam dificuldades para serem viabilizadas na prática cotidiana dos serviços de saúde, o que impõe limites à garantia de ações e serviços de qualidade à população.

De acordo com publicação do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2005), a Gestão do Trabalho é um dos pontos “mais complexo e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no país”. Os principais problemas estão relacionados às seguintes distorções: trabalhadores de diferentes níveis de governo e de entidades prestadoras de serviço ao SUS convivendo no mesmo local de trabalho, com direitos e deveres diferenciados; contratação de trabalhadores para o serviço público sem concurso, através da utilização de mecanismos diversos, como contratos com cargos comissionados para atividades de caráter permanente, contratação de serviços terceirizados para a realização de atividades públicas de caráter permanente; falta de estímulo profissional; desvios de função; duplas ou triplas jornadas de trabalho.

Na esfera federal, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com dois departamentos

– o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS), várias medidas importantes começaram a ser adotadas em relação à Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: instalação da Mesa Nacional de Negociação do SUS; a criação da Câmara de Regulação do Trabalho; a constituição de grupos de trabalho com vistas à elaboração das diretrizes nacionais para a despreciação do trabalho e do Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS; a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS, apontando caminhos para a Educação Permanente em Saúde, entre os quais a estruturação e implantação dos Pólos de Educação Permanente (BRASIL, 2005).

O diagnóstico da situação apresentada na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (CNGTES) e sintetizado em matéria da Revista RADIS aponta como principais entraves: a inexistência de planos de carreira, terceirização de funções de estado, precarização de vínculos, desrespeito à legislação, longas jornadas e más condições de trabalho. A 3ª CNGTES sinalizou que, para humanizar e qualificar o atendimento no Sistema Único de Saúde é preciso, além de resolver a questão do emprego e das condições de trabalho, investir na educação permanente dos profissionais, qualificação dos gestores e fortalecimento do controle social sobre o sistema (RADIS, 2006).

No estado do Rio Grande do Norte, algumas iniciativas ainda incipientes vêm sendo desencadeadas na perspectiva de implementar os princípios e diretrizes propostos pela Política Nacional para a Gestão do Trabalho e a Educação no SUS, entretanto os entraves estabelecidos no cotidiano dos processos de trabalho são imensos. De acordo com os Relatórios que descrevem o Processo de Regionalização nas seis Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAP), Região Metropolitana

e Relatório das Oficinas Loco - regionais (PEPS,2005), ainda permanecem várias lacunas e pontos de estrangulamento nessa área. Os principais problemas / nós - críticos quanto às áreas de gestão, atenção, formação e controle social estão relacionados à:

Área de Gestão

- Na grande maioria dos municípios, a gestão de recursos humanos acontece de forma precária; não existe estrutura organizacional de gestão de Recursos Humanos nas Secretarias Municipais de Saúde, ficando a administração de pessoal centralizada nas Secretarias de Administração ou Finanças das Prefeituras. Ressalta-se que, no Município de Natal, até 2004, a gestão de recursos humanos era subordinada à área administrativa e financeira, tendo sido criado, em julho de 2004, o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;
- Desvalorização dos trabalhadores, caracterizada pela precarização das relações de trabalho, com diferentes modalidades de vínculos empregatícios, ressaltando-se que na Região Metropolitana, de acordo com as informações dos municípios de Natal, Ceará-Mirim, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante e Macaíba, existem dezenove tipos de vínculos empregatícios;
- Desigualdades de remuneração para funções iguais;
- Outra dificuldade relativa à gestão de trabalhadores na saúde diz respeito à situação dos profissionais cedidos (federais e estaduais), que continuam ligados aos seus órgãos de origem, com diferentes Planos de Carreiras, não existindo uma política

de substituição e /ou de co-financiamento para manutenção das ações executadas por esses profissionais quando estes se aposentam;

- A inexistência de sistemas de informações relacionadas à gestão de recursos humanos que garantam a implementação de bancos de dados fidedignos, atualizados e que possam ser acessados com agilidade. A Secretaria de Saúde do Natal apontou como uma das dificuldades do município nesta área a danificação do banco de dados, que especificava o total de funcionários por categorias profissionais e o tipo de vínculo empregatício, limitando as informações desse município a dados numéricos que não permitem uma análise mais detalhada;
- A inexistência ou incipiência, nas instituições, de espaços e instrumentos que promovam a pactuação entre gestores e trabalhadores. No estado do Rio Grande do Norte, a Secretaria Estadual de Saúde e o município de Natal, através da Secretaria Municipal de Saúde, vêm desenvolvendo processo neste sentido, ainda em fase de aprendizado mútuo, a partir da instalação das Mesas Permanentes de Negociações;
- A falta de cumprimento dos deveres por parte de alguns profissionais, principalmente em relação à carga horária contratual;
- A inexistência de implantação, nas instituições, de instrumentos de gestão capazes de promover a reflexão e avaliação das práticas e desempenho dos profissionais, na perspectiva de melhorar a qualidade das ações e serviços de saúde.

- Predominância de interesses localistas - imediatos que favorecem: o clientelismo político-partidário; a falta de critérios para admissão/demissão de pessoal ou a utilização de critérios destoantes dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); o desvio de funções; a sobrecarga de trabalho para alguns e ociosidade para outros; as diferenças salariais entre os municípios, acarretando uma grande rotatividade de profissionais que buscam melhores salários; além de problemas relacionados à autonomia gerencial.

Área de Atenção

- A mecanização e a burocratização das relações;
- Frágil vínculo com os usuários;
- A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, em especial os de média e alta complexidade, com desarticulação entre a atenção básica e os serviços de maior complexidade;
- Falta de estruturação dos Serviços de Referência;
- A baixa resolutividade dos serviços de saúde, com o desenvolvimento de ações de saúde que não levam em consideração os perfis epidemiológicos dos municípios;
- O privilégio das ações curativas, individuais e a medicalização dos problemas sociais.
- A Estratégia Saúde da Família, em grande parte dos municípios, não funciona seguindo os princípios e diretrizes estabelecidos

pelo Ministério da Saúde, ocorrendo uma grande rotatividade de profissionais, falta de cumprimento de carga horária e descontinuidade dos serviços, além de práticas de atenção à saúde que não condizem com a fundamentação teórica do modelo assistencial de vigilância à saúde.

Área de Formação

- A fragmentação de saberes e de ações, levando à desarticulação e à falta de integração ensino-serviço;
- Formação profissional desarticulada da realidade social e distante das necessidades da população;
- Falta de qualificação profissional.

Área de Controle Social

- Pouca participação dos usuários na gestão dos serviços, evidenciando-se a inexistência de mecanismos que viabilizem a efetiva participação popular nos processos de elaboração de instrumentos estratégicos, como os Planos, Programação Pactuada e Integrada (PPI), dificultando o efetivo exercício do controle social nos processos de gestão;
- A pouca ou nenhuma participação dos trabalhadores em saúde na gestão dos serviços, acarretando certo desconhecimento ou mesmo alienação do processo de trabalho, o que se reflete na apatia e falta de motivação de grande parte dos profissionais.

- Falta de qualificação profissional dos diferentes atores que constroem o SUS (gestores, conselheiros e profissionais de saúde).

Assim, verifica-se que a realidade descrita nos relatórios das Regiões de Saúde encontra convergência nos dados da pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde em relação à estruturação da área de recursos humanos das Secretarias Estaduais, onde se evidencia que a maioria dos problemas identificados situa-se no campo da gestão, 79%, e 21% na área de desenvolvimento de recursos humanos, destacando-se em relação aos problemas os seguintes itens, agrupados em ordem decrescente de menções: 1º) necessidade de contratação de pessoal/quantidade defasada; 2º) diversas modalidades de contratos temporários; 3º) falta de qualificação dos profissionais em diversos aspectos; 4º) insatisfação dos trabalhadores com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); 5º) dificuldade de fixar médicos no interior; 6º) salários não atrativos/baixa remuneração e 7º) inexistência ou carência de Escolas de Saúde Pública (CONASS, 2004).

Nesse sentido, as diretrizes preconizadas pelo Pacto de Gestão apontam que “a política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização dos trabalhadores da saúde, a redução dos conflitos e a humanização das relações de trabalho” (BRASIL, 2006), visando contribuir para “uma gestão de qualidade que possibilite a valorização do trabalho no SUS como instrumento essencial da atenção à saúde e a criação de vínculos dos trabalhadores com a população e os serviços de saúde pública” (BRASIL, 2005).

5.3.2 Quadro de Pessoal

Os recursos humanos são de grande relevância na garantia de uma atenção à saúde de qualidade. Entretanto, mesmo com o crescente interesse por estudos nessa área, são escassas as informações mais completas e abrangentes em torno do quadro de pessoal que compõe o SUS, no estado do Rio Grande do Norte, nas três esferas de governo.

A organização de um quadro de pessoal por Regiões de Saúde, com informações atualizadas e fidedignas, em relação ao total de trabalhadores ativos e inativos, modalidade de vínculos empregatícios, categorias profissionais, remuneração e outras, foi inviabilizada em decorrência da inexistência ou incipiência de bancos de dados.

Ressalta-se a impossibilidade de apresentação de dados referentes ao quadro de pessoal da área de abrangência dos municípios que compõem a I, II, III e V Unidades Regionais de Saúde, considerando-se o enfrentamento de dificuldades para a consolidação das informações disponíveis.

A deficiência em relação ao fluxo de informações foi apontada como uma das dificuldades pela I URSAP e municípios que compõem essa Regional, uma vez que muitos servidores se relacionam diretamente com a Coordenadoria de Recursos Humanos da SESAP/RN, criando problemas para a Regional e os municípios, que ficam com suas informações desatualizadas.

O quadro 01, construído a partir de dados fornecidos pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte – SESAP/RN, apresenta a distribuição quantitativa de profissionais do quadro de pessoal da SESAP/RN, por nível de escolaridade e lotação por Unidade Regional de Saúde e Grande Natal, totalizando 15.275 profissionais. Esse número de

profissionais aproxima-se do referido por pesquisa realizada em 2003 que apontou um total de 15.648 trabalhadores ativos, sendo 4.514 de nível superior; 4.274 de nível médio e 6.860 de nível elementar (CONASS, 2004). Essa diferença pode estar relacionada ao pessoal que passou à condição de inativo, nos últimos três anos.

URSAP NÍVEL	SUPERIOR			MÉDIO	ELEMENTAR	TOTAL
	MÉDICO	PROFIS. SAÚDE	PROFIS. ADM.			
I URSAP	118	142	04	200	476	940
II URSAP	236	324	72	475	1393	2500
III URSAP	26	36	03	147	361	573
IV URSAP	89	113	15	417	591	1225
V URSAP	32	34	10	132	341	549
VI URSAP	85	107	16	269	867	1344
Grande Natal	1267	1522	28	2554	2573	8144
TOTAL	1853	2278	348	4194	6602	15275

Quadro 1. Distribuição quantitativa de pessoal da SESAP/RN por nível de escolaridade, URSAP e Grande Natal

Fonte: CRH/SESAP – RN, 2006

De acordo com as informações do CONASS (2004), a relação de trabalhadores de saúde ativos / 1.000 habitantes no estado do Rio Grande do Norte, considerando a população de 2.852.784 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foi de 5,49.

Em relação à modalidade de vínculo, os dados apontam que do total de trabalhadores ativos, 15 480 trabalhadores são contratados pelo Regime Jurídico Único do Estado e 151 por Cargos em Comissão (CONASS, 2004).

A seguir, apresentam-se alguns quadros demonstrativos por Região de Saúde, construídos a partir de informações contidas nos Relatórios descritivos do Processo de Regionalização.

Ressalta-se que o quadro de pessoal da Região Metropolitana foi elaborado um questionário e enviado aos municípios, na tentativa de obter um diagnóstico da região, entretanto não se obteve êxito no retorno das informações por todos os municípios. O quadro abaixo apresenta a distribuição quantitativa de pessoal da região por município.

MUNICÍPIO	Nº.TOTAL
Natal	5 951 ⁽¹⁾
São Gonçalo do Amarante	359 ⁽²⁾
Parnamirim	1 360
Ceará-Mirim	640 ⁽³⁾
Macaíba	314 ⁽⁴⁾

Quadro 2. Distribuição quantitativa de pessoal da Região Metropolitana, por município

Fonte: Relatório Processo de Regionalização da Região Metropolitana, 2006

⁽¹⁾ 2.170 são cedidos do estado ou nível federal; 2.514 são efetivos; 1.136 são agentes de saúde (endemias e PACS) e 131 são contratados temporariamente.

⁽²⁾ 84 são de nível superior, 165 de nível médio e 110 de nível elementar.

⁽³⁾ 160 são de nível superior, 342 de nível médio e 138 de nível elementar.

⁽⁴⁾ 51 são de nível superior, 233 de nível médio e 19 de nível elementar.

Quanto aos dados referentes à força de trabalho da IV Região de Saúde, o quadro de pessoal é composto por 3.301 funcionários, sendo 1.257 vinculados ao Estado e 2.044 aos municípios, ressaltando-se que a maioria dos servidores estaduais estão cedidos às Secretarias Municipais de Saúde.

O quadro de pessoal lotado na VI URSAP é composto por 1.439 funcionários públicos estaduais, sendo a maioria de auxiliares de Serviços Gerais, de acordo com o cadastro do Setor de Pessoal da VI URSAP.

CATEGORIA	ESTADO	MUNICÍPIOS	TOTAL
MÉDICO	79	162	241
ENFERMEIRO	29	92	121
ODONTÓLOGO	33	124	157
FARMACÊUTICO	18	24	42
BIOQUÍMICO	16	15	31
FISIOTERAPEUTA	03	14	17
ASSISTENTE SOCIAL	06	13	19
NUTRICIONISTA	03	18	21
VETERINÁRIO	01	07	08
PSICÓLOGO	01	19	20
ADMINISTRADOR	06	07	13
FONOAUDIÓLOGO	-	09	09
OUTROSTÉC. N. SUP.	12	04	16
TÉC. N. MÉDIO	462	55	517
TÉC ENFERMAGEM	-	29	29
AUX. ENFERMAGEM	-	297	297
AUX. LABORATÓRIO	-	14	14
TÉC. DE RAIOS X	-	09	09
AGENTE DE ENDEMIAS	-	53	53
ACS	-	649	649
MOTORISTA	-	60	60
AUX. SERV. GERAIS	589	370	959
TOTAL	1.257	2.044	3.301

Quadro 3. Distribuição da força de trabalho da IV Região de Saúde, por categoria

Fonte: RH – IV URSAP – CAICÓ/RN

CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL
Médico	74
Odontólogo	30
Enfermeiro	33
Assistente Social	4
Farm. Bioquímico	19
Nutricionista	5
Fisioterapeuta	1
Farmacêutico	2
Veterinário	1
Bioquímico	2
TNS	18
TED	342
ASG	900
Ass. Banc. B	2
Motorista*	02
Aux. Mecânica*	01
Assessoria jurídica	01
Jornalista	01
Trat. Pneu*	01
TOTAL	1.439

Quadro 4. Distribuição de Pessoal lotado na VI URSAP, por categoria profissional

Fonte: Setor Pessoal/VI URSAP

* Funcionários da CIDA

Destaca-se que em relação ao quadro de pessoal, na perspectiva da Regionalização, faz-se necessária a implementação de bancos de dados informatizados por Regiões de Saúde e o desenvolvimento de mecanismos e instrumentos que garantam a agilidade de acesso a informações confiáveis e atualizadas, com organização do fluxo de informações nos âmbitos municipal, regional e estadual, fortalecendo as responsabilidades de cada esfera de gestão.

5.3.3 Educação Permanente

A educação permanente entendida como estratégia de transformação das práticas de formação, atenção, gestão, participação

popular, controle social e formulação de políticas no setor saúde visa contribuir para a articulação entre a educação dos trabalhadores do setor, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e o desenvolvimento da educação popular (BRASIL, 2005; BRASIL, 2003).

O governo federal, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES/DGES/MS, assumiu o desafio de implantar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde a partir da compreensão de que “a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, em todos os locais, envolvendo vários saberes, tendo como instâncias colegiadas de gestão os Pólos de Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2005).

O estado do Rio Grande do Norte, tendo tomado conhecimento do movimento nacional nesse sentido, passou a mobilizar algumas instituições, visando discutir essa proposta e seu envolvimento com ela, realizando, em junho de 2003, a sua primeira reunião, que marcou o começo de um processo de discussão sobre a referida proposta governamental. No dia 18/12/03, realizou-se, em Natal, a “I Oficina para Criação do Pólo de Educação Permanente para o SUS-RN”, objetivando reunir as instituições envolvidas, até então, para aprovação da estrutura e funcionamento do Pólo e deliberar sobre os encaminhamentos para a sua aprovação definitiva junto ao Conselho Estadual de Saúde. O Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS no Rio Grande do Norte foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde através da Resolução – 056053 de 09/06/2004 (PEPS, 2005).

Para dar continuidade ao processo de organização do Pólo, realizou-se em Natal, em junho de 2004, mais uma oficina, tendo como deliberações principais a definição de uma agenda de trabalho que contemplasse estruturas da secretaria executiva, a definição de

oficinas descentralizadas para organização do plano e a elaboração do Projeto do Pólo. Nesse evento foi composta uma Secretaria Executiva Provisória, tendo como tarefa elaborar o projeto de implementação do Pólo no Rio Grande do Norte (PEPS, 2005).

Em março de 2005, realizaram-se as Oficinas Loco - regionais com participação dos atores locais que compõem a gestão, o controle social, a formação em saúde e os serviços do SUS, tendo como produto final os principais nós críticos para viabilização da atenção integral no SUS no RN e a escolha dos participantes para o Curso de Formação dos Facilitadores de Processos de Educação Permanente em Saúde (PEPS, 2005).

A partir dos problemas identificados nas Oficinas loco - regionais, foram definidas as prioridades de investimentos da EPS no Estado do Rio Grande do Norte (PEPS, 2005):

- Qualificar a Atenção Básica, na busca da integralidade, em consonância com as diretrizes do SUS;
- Qualificar os gestores e das equipes de gestão;
- Ampliar e fortalecer a participação, na perspectiva do Controle Social;
- Promover a articulação de iniciativas que privilegiem a integração na implementação das políticas e ações, entre gestão e a atenção;
- Promover a integração entre ensino e serviço, fomentando mudanças nos processos de formação e na organização dos serviços;
- Incorporar as Diretrizes da Política Nacional de Humanização em todos os processos de educação permanente;
- Institucionalizar as ações de EP voltadas para a qualificar profissional nos diferentes níveis de atenção, priorizando as demandas loco regionais, em consonância com as prioridades da Política Nacional de Saúde.

Em março de 2006, o NESC/UFRN, em parceria com a SESAP/RN e SMS de Natal, promoveu o Seminário de Integração Ensino-Serviço, com o objetivo de propor mecanismos de articulação permanente entre a Universidade e o SUS. Esse evento contou com a participação de professores da UFRN, profissionais de saúde, gestores municipal e estadual de saúde e representantes dos Centros Acadêmicos da área de saúde.

Apesar da somatória de esforços dos vários atores sociais que lutam pela implantação e fortalecimento da educação permanente no SUS, evidenciam-se grandes lacunas nesta área. De acordo com os Relatórios por Regiões de Saúde, as Secretarias Municipais, em sua maioria, não têm proposta de Educação Permanente e aguardam as demandas da gestão federal e/ou estadual, através das Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAP).

No que se refere ao Pólo de Educação Permanente em Saúde, verifica-se que essa instância de representação colegiada de gestão ainda não se consolidou como espaço de cooperação e articulação entre os municípios, instituições e entidades que diretamente realizam as atividades de ensino/serviço na área de saúde, considerando-se a burocratização das relações, a fragmentação de saberes e de ações, interesses localistas, o que contribui para o não estabelecimento e implementação de uma política de prioridades por Regiões de Saúde, apesar dos fóruns e oficinas loco - regionais realizadas em março de 2005.

Quanto ao Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos, constata-se que predomina a não existência de planos de ação para essa área por Região. Os municípios, com raras exceções, estão subordinados às propostas de formação e de capacitação esporádicas, patrocinadas pelas áreas específicas nas esferas federal ou estadual.

Outra dificuldade apontada nessa área diz respeito à grande distância entre os serviços de saúde e a academia, contribuindo para uma formação profissional desarticulada da realidade social.

Nesse sentido, o Relatório da Região Metropolitana sugere a realização de um diagnóstico das necessidades na área de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos para o conjunto dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, a partir das especificidades regionais/municipais.

Quanto ao Centro de Formação de Pessoal para Serviços de Saúde (CEFOPE) da SESAP/RN, o relatório da Região Metropolitana destaca que os gestores consideram essa escola um importante Centro de Formação de nível médio para a região.

A I URSAP destaca que as capacitações têm ocorrido de forma dinâmica, porém com condução fragmentada, por falta de coordenação regional, uma vez que a responsabilidade dos cursos é atribuída ao profissional encarregado pela atividade ou programa relacionado com o tema do curso, sendo toda a articulação do nível central da SESAP/ RN realizada com esse profissional. Isso gera prejuízos para a dinâmica interna da URSAP, apontando-se os seguintes transtornos: coordenadores de setores que não tomam conhecimento de Cursos/ Capacitações de atividades do seu setor e falta de registros no Setor de Recursos Humanos.

A VI URSAP ressalta que dos 20 participantes que iniciaram o Curso de Capacitação em Processos de Educação Permanente em Saúde apenas 3 facilitadores concluíram.

Portanto a consolidação e a legitimação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado do Rio Grande do Norte apontam a necessidade de superação de alguns desafios a partir da articulação, do diálogo e da cooperação técnica entre as instituições de ensino, de serviços e de controle social. Dessa forma, prioriza-se a busca de

estratégias que possam contemplar ações no campo da formação e do trabalho, na perspectiva da integralidade, da humanização da assistência e da valorização do trabalho e dos trabalhadores em saúde.

5.3.4 O Permanente Desafio da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

A área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde constitui-se um dos eixos relevantes para a consolidação e fortalecimento do SUS. Considerando-se a complexidade dessa área, vários desafios ainda precisam ser superados, na perspectiva da construção de práticas de gestão e de atenção que possibilitem o compartilhamento do poder, o compromisso com a qualidade dos serviços prestados e a aprendizagem permanente.

O rompimento com os atuais paradigmas de gestão e atenção não é uma tarefa fácil, considerando-se os diferentes sujeitos / agentes envolvidos nesse processo em que se evidenciam especificidades individuais / coletivas, diferentes modos de pensar e de agir, conflitos de personalidades e de interesses que caracterizam o mundo do trabalho e, em especial, o trabalho em saúde. Trata-se, pois, de uma construção coletiva que exige vontade política, habilidade, bom senso e coragem para ousar, crescer e criar novas formas de agir, realizar, fazer e incrementar qualidade aos processos de gestão. Portanto depende, sobretudo, do compartilhamento de responsabilidades, materializado na conjugação dos interesses e esforços políticos, técnicos, financeiros, sociais e administrativos das diversas regiões de saúde, rompendo os limites intermunicipais.

O atual momento conjuntural é propício, levando-se em consideração a institucionalização do Pacto de Gestão pelo Ministério da Saúde, com o estabelecimento de diretrizes nos aspectos referentes

à descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

Assim, acredita-se que a implementação de iniciativas que assegurem a participação dos trabalhadores em saúde e dos movimentos sociais organizados nos processos de gestão e aprendizagem permanente, constitui-se importante ferramenta para a estruturação de uma rede solidária e regionalizada de ações e serviços de saúde.

5.4 Financiamento

Ao longo do processo de construção do SUS-RN, o financiamento tem sido freqüentemente apontado como um de seus “*nós críticos*”. Nesta seção do relatório, apresenta-se uma síntese analítica do estado atual do financiamento do SUS-RN, tomando 2005 como ano base. Eventualmente, por falta de registros, usam-se informações relativas ao ano mais próximo, no qual se encontram dados disponíveis. Na elaboração desta síntese analítica, as informações são originárias dos relatórios de caracterização das regiões de saúde produzidos nas URSAP, em 2006, no âmbito do Projeto de Apoio Institucional à Implementação da Regionalização no RN. Foram utilizados alguns resultados da Pesquisa Avaliativa do PROESF, Linha de Base, desenvolvida pelo NESC em 2005. Foram ainda fontes de consultas os bancos de dados informatizados do Ministério da Saúde (DATASUS, SIOPS, Fundo Nacional de Saúde) e da SESAP-RN (site oficial, PPI), além de documentos oficiais (PDR, Atas da CIB-RN, entre outros).

Esta seção apresenta a seguinte estrutura: uma apresentação do papel das transferências federais para a composição das receitas do SUS-RN; uma discussão sobre o comportamento das despesas públicas com a saúde neste estado (onde se pode perceber com maior

clareza a alocação dos recursos próprios estaduais e municipais, assim como das transferências federais para a saúde); e uma conclusão onde se reflete sobre os mecanismos de alocação, em particular a PPI, seus problemas e sua influência sobre o processo de regionalização.

5.4.1 Transferências Federais

Na composição das receitas estaduais e municipais, o SUS-RN conta com recursos de transferências federais e recursos próprios, oriundos do Tesouro Estadual e dos Tesouros municipais. Mas a composição de suas receitas orçamentárias no âmbito dos estados e municípios ainda é dependente das transferências intergovernamentais, sobretudo do nível federal para os demais. As transferências estaduais para os municípios se limitam à contrapartida de programas específicos e, indiretamente, através do pagamento do pessoal cedido às Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Depois de 2003, com a habilitação da SESAP-RN na Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, o governo estadual passou a assumir progressivamente suas responsabilidades constitucionais, inclusive com a transferência de recursos aos municípios⁴. Entretanto, apesar de a participação do estado e dos municípios do RN ter aumentado de forma progressiva, contemplando o fixado pela EC-29, ainda não se verifica um equilíbrio efetivo entre os entes federativos na partilha das responsabilidades com o financiamento do custeio do SUS-RN. As transferências da União para a saúde no RN constituem 98,23% do total de recursos transferidos para os fundos de saúde do RN (estadual e municipais), sendo que, na grande maioria dos municípios, esses recursos constituem 100% do total de recursos transferidos.

⁴ Em fevereiro de 2005, a SESAP-RN anuncia a regularização dos recursos da contrapartida estadual destinados à assistência farmacêutica, através de transferências fundo a fundo aos municípios do RN, quitando todos os débitos anteriores (Ata da 133ª Reunião Ordinária da CIB-RN, 23 de fevereiro de 2005).

A definição nacional das fontes de receita para a saúde e do volume de recursos a transferir para os estados e municípios é acompanhada de uma discussão Tripartite (realizada na CIT por representantes do MS, dos estados e dos municípios) sobre as regras para a alocação desses recursos nos outros níveis do sistema de saúde, em particular sua aplicação nas distintas modalidades assistenciais (atenção básica, ações estratégicas e procedimentos de média e alta complexidade – MAC). Nas regras de alocação dos recursos estão implícitas as prioridades de gasto, que configuram os parâmetros de programação para a aplicação desses recursos. O jogo da repartição dos recursos passa então para níveis mais periféricos do sistema, através das discussões e sucessivas negociações na CIB-RN entre atores estratégicos, principalmente os gestores estaduais e municipais, mas com uma participação ampliada pela presença de provedores, profissionais e políticos⁵.

Os recursos financeiros do SUS são transferidos por meio de três mecanismos: pagamento por serviços produzidos, transferência fundo a fundo e convênios. As diferentes modalidades assistenciais são objeto de modalidades diferentes de financiamento, que incluem estímulos financeiros para a implantação de programas ou atividades específicas.

- A Atenção Básica é objeto de transferências federais fundo a fundo (mensais e automáticas) de recursos que compõem o Piso da Atenção Básica (PAB-fixo), no valor per capita de R\$ 13,00/hab/ano, já alterado para R\$ 15,00/hab/ano em 2006. Além disso, alguns programas e ações de Atenção Básica recebem estímulos financeiros para a sua implantação e

⁵ Ver a seção sobre gestão intergovernamental do SUS-RN e sua Influência na Regionalização deste Relatório.

desenvolvimento, através da composição de um PAB-variável. Entre estes, destacam-se as ações básicas de vigilância sanitária, os programas Saúde da Família e PACS, a assistência farmacêutica básica e as ações de epidemiologia e controle de doenças.

- O financiamento da gestão dos procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC) ambulatorial e hospitalar se dá mediante repasses fundo a fundo, de acordo com a PPI, cada município recebendo a parcela correspondente à sua população e à da população referenciada.
- As Ações Estratégicas, procedimentos incluídos no rol de políticas específicas cuja oferta o Ministério da Saúde pretende ampliar ou, ainda, dimensionar o seu impacto financeiro nos estados e municípios, são financiadas através de transferências federais aos estados e municípios através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Entre essas ações estratégicas estão aquelas relativas à saúde bucal, tuberculose, hanseníase, dentre outras.

Observando o fluxo das transferências federais para o SUS-RN, verifica-se uma mudança no padrão de aplicação dos recursos públicos de saúde, resultante da prioridade dada à Atenção Básica, sobretudo a partir de 2003 (Figura 7). Em 2005, do total de recursos federais transferidos ao SUS-RN (estado e municípios), 45,9% foram destinados à Atenção Básica, 45,8% para MAC e 8,3% para as Ações Estratégicas (Figura 8).

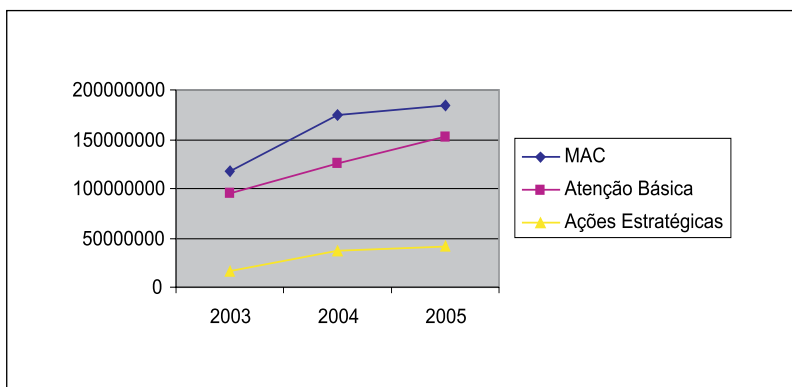


Figura 7. Transferências e pagamentos federais ao SUS – RN, 2003 – 2005

Fonte: DATASUS/MS, 2006

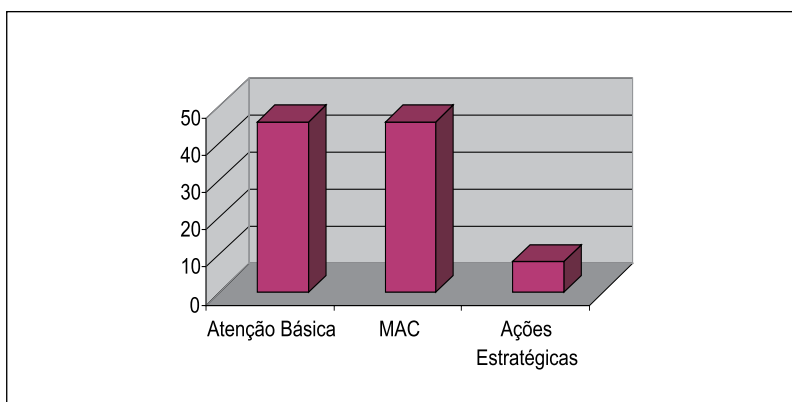


Figura 8. Recursos federais transferidos ao SUS – RN, por modalidade assistencial, em 2005

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS, 2006

Essas variações são maiores quando se observa a dinâmica regional da destinação desses recursos. Neste caso, ficam flagrantes a concentração dos recursos e as grandes desigualdades regionais, gerando dificuldades de acesso e de cobertura assistencial e a necessidade de investimentos que viabilizem o processo de regionalização. Apresentam-se, a seguir, alguns dados sobre as transferências federais de saúde para cada município das regiões de saúde do RN, alocadas nas modalidades assistenciais descritas.

I URSAP

Os municípios da região localizada no território coberto pela I URSAP-RN receberam 8,8% dos recursos federais transferidos para a saúde no RN. Estes foram predominantemente alocados para a Atenção Básica (89,3%), para a MAC (10,6%) e para as Ações Estratégicas (0,1%). Observa-se também uma maior concentração desses recursos no município de São José de Mipibu (18,9%), onde se localizam a sede da I URSAP-RN e as principais unidades de saúde da região. Este é o único município a ofertar serviços de Ações Estratégicas e recebeu 92,5% dos recursos federais destinados à MAC na região. São José de Mipibu é também sede de uma das microrregiões do desenho regional do PDR. Além deste município, os que mais receberam recursos federais transferidos foram os de Canguaretama (9,2%), Nova Cruz (8,1%) e Nísia Floresta (6,7%). Os outros 22 municípios receberam em conjunto 57,1% do total de transferências federais a esta região (Tabela 30).

Tabela 30. Transferências federais aos municípios da I URSAP – RN, em R\$, em 2005

Municípios	MAC	Atenção Básica	Ações Estratégicas	Total
Arês	1.276,42	750.986,49	-	752.262,91
Baía Formosa	747,50	520.541,98	-	521.289,48
Brejinho	1.242,62	740.628,11	-	741.870,73
Canguaretama	51.943,51	2.093.296,38	-	2.145.239,89
Espírito Santo	1.163,78	661.863,51	-	663.027,29
Goianinha	1.594,67	1.261.100,84	-	1.262.695,51
Lagoa d' Anta	656,24	382.479,70	-	383.135,94
Lagoa de Pedras	796,47	513.823,54	-	514.620,01
Lagoa Salgada	816,90	505.990,92	-	506.807,82
Montanhas	1.484,70	767.749,40	-	769.234,10
Monte Alegre	1.343,87	1.352.589,19	-	1.353.933,06
Monte das Gameleiras	381,50	183.911,35	-	184.292,85
Nísia Floresta	1.399,71	1.565.272,60	-	1.566.672,31
Nova Cruz	52.857,32	1.844.914,57	-	1.897.771,89
Passa e Fica	1.069,41	683.094,02	-	684.163,43
Passagem	412,50	187.144,27	-	187.556,77
Pedro Velho	1.376,41	937.761,48	-	939.137,89
Santo Antônio	60.576,86	1.045.276,91	-	1.105.853,77
São José de Mipibu	2.307.506,42	2.092.318,48	20.333,82	4.420.158,72
Sen. Georgino Avelino	429,06	209.409,39	-	209.838,45
Serra de São Bento	804,14	350.222,04	-	351.026,18
Serrinha	1.000,41	542.127,75	-	543.128,16
Tibau do Sul	856,82	559.393,03	-	560.249,85
Várzea	538,69	340.330,20	-	340.868,89
Vera Cruz	1.107,44	647.565,07	-	648.672,51
Vila Flor	345,09	178.753,68	-	179.098,77
TOTAL	2.493.728,46	20.918.544,90	20.333,82	23.432.607,18

II URSAP

Na região coberta pela II URSAP-RN, os 25 municípios localizados no seu território receberam 16,2% do total de recursos resultantes de transferências federais para a saúde no RN. Apesar da predominância da Atenção Básica (58,4%), existe um maior equilíbrio na distribuição dos recursos entre as modalidades assistenciais. Assim, aos procedimentos de MAC foram atribuídos 37% dos recursos, enquanto às Ações Estratégicas

foram transferidos 3,92% do volume de recursos federais para a região. Para isso, contribuiu o fato de Mossoró (segundo município mais desenvolvido do RN) ser localizado neste território, contribuindo com uma ampla gama de serviços ofertados no âmbito regional. Mossoró também é sede de macrorregião de saúde (ver desenho da regionalização no PDR) e concentra uma grande proporção dos recursos (63,7%), sendo o único município a realizar atividades na linha das Ações Estratégicas. Além disso, esses recursos contemplam 99% do financiamento global da MAC na região. Os outros dois municípios que mais receberam recursos federais transferidos foram Assu (4,1%) e Apodi (3,3%). Os demais 22 municípios em conjunto receberam 28,9% do volume total desses recursos (Tabela 31).

Tabela 31. Transferências federais aos municípios da II URSAP – RN, em R\$, em 2005

Municípios	MAC	Atenção Básica	Ações Estratégicas	Total
Assu	70.174,32	1.709.135,69	-	1.779.310,01
Alto do Rodrigues	1.308,99	618.459,61	-	619.768,60
Angicos	1.651,58	787.109,00	-	788.760,58
Apodi	72.174,63	1.340.544,86	-	1.412.719,49
Areia Branca	1.923,21	803.736,92	-	805.660,13
Augusto Severo	1.150,75	462.137,69	-	463.288,44
Baraúna	1.950,84	1.023.192,43	-	1.025.143,27
Caraúbas	1.887,36	1.020.603,62	-	1.022.490,98
Carnaubais	1.182,19	562.140,62	-	563.322,81
Felipe Guerra	930,94	340.710,54	-	341.641,48
Fernando Pedroza	588,00	234.803,92	-	235.391,92
Gov. Dix-Sept Rosado	2.105,65	777.527,80	-	779.633,45
Grossos	900,00	667.355,04	-	668.255,04
Ipanguaçu	1.623,63	792.348,71	-	793.972,34
Itajá	829,31	536.806,14	-	537.635,45
Janduí	904,00	378.779,50	-	379.683,50
Messias Targino	581,96	329.749,03	-	330.330,99
Mossoró	16.075.578,75	9.664.958,33	1.687.973,30	27.428.510,38
Paraú	450,58	351.779,01	-	352.229,59
Pendências	1.615,38	591.995,19	-	593.610,57
São Rafael	1.018,02	316.471,78	-	317.489,80
Serra da Mel	979,18	560.964,97	-	561.944,15
Tibau	541,93	209.490,48	-	210.032,41
Triunfo Potiguar	481,75	330.878,14	-	331.359,89
Upanema	1.461,61	739.240,00	-	740.701,61
TOTAL	16.243.994,56	25.150.919,02	1.687.973,30	43.082.886,88

III URSAP

Os municípios distribuídos ao longo do território coberto pela III URSAP-RN receberam apenas 6,3% do total de recursos federais transferidos a este nível mais periférico do sistema de saúde. Esses recursos foram alocados massivamente para a Atenção Básica (94,45%), seguida pela MAC (5,53%) e Ações Estratégicas (0,02%). Os três municípios que receberam um pouco mais de recursos de transferências federais foram Touros (1,1 %), João Câmara (0,75%) e Macau (0,4%). Touros foi o único município a receber recursos para Ações Estratégicas e foi contemplado com 86,7% do financiamento para MAC desta região. A sede da III URSAP se localiza em João Câmara, que, no novo desenho regional do PDR, constitui um dos municípios-sede de microrregião. Esta é uma das regiões mais pobres do Estado, sendo a distribuição dos recursos de transferências federal relativamente equilibrada pela ausência de municípios de grande porte ou que se sobressaíam em relação aos outros da região. O conjunto dos outros 21 municípios recebeu 64,5% dos recursos federais transferidos à região para a gestão municipal do SUS-RN (Tabela 32).

Tabela 32. Transferências federais aos municípios da III URSAP – RN, em R\$, em 2005

Municípios	MAC	Atenção Básica	Ações Estratégicas	Total
Afonso Bezerra	1.243,03	664.248,13	-	665.491,16
Bento Fernandes	550,19	358.144,84	-	358.695,03
Caçara do Norte	651,79	393.427,83	-	394.079,62
Galinhos	305,26	161.199,82	-	161.505,08
Guamaré	825,96	677.737,48	-	678.563,44
Ielmo Marinho	1.285,41	752.679,10	-	753.964,51
Jandaíra	762,23	516.440,01	-	517.202,24
Jardim de Angicos	440,09	192.132,73	-	192.572,82
João Câmara	52.712,46	1.934.717,58	-	1.987.430,04
Lajes	1.083,84	712.874,84	-	713.908,68
Macau	51.929,75	987.763,18	-	1.039.692,93
Maxaranguape	842,07	668.840,92	-	669.682,99
Parazinho	503,47	322.658,65	-	323.162,12
Pedra Grande	355,50	316.964,85	-	317.320,35
Pedra Preta	489,68	275.994,49	-	276.484,17
Pedro Avelino	923,10	531.584,07	-	532.507,17
Poço Branco	1.259,66	707.834,27	-	709.093,93
Pureza	822,63	663.806,35	-	664.628,98
Riachuelo	767,19	381.255,76	-	382.022,95
Rio do Fogo	1.056,82	706.723,61	-	707.780,43
São Bento do Norte	402,48	218.887,19	-	219.289,67
São Miguel do Gostoso	1.019,19	696.259,27	-	697.278,46
Taipu	1.248,69	848.945,19	-	850.193,88
Touros	790.168,85	2.113.461,75	3.303,06	2.906.933,66
TOTAL	911.649,34	15.804.581,91	3.303,06	16.719.534,31

IV URSAP

Os municípios do território coberto pela IV URSAP-RN perceberam 7,9% dos recursos federais transferidos para o conjunto dos municípios do estado. Como nas regiões anteriores, a Atenção Básica foi priorizada (71,6%), enquanto 25,5% desses recursos foram alocados para MAC e 2,9% para Ações Estratégicas. Caicó foi o município que mais recebeu recursos da União (35,7%), seguido de Currais Novos (8,4%) e Parelhas (7,4). No desenho atual do PDR, Caicó é sede de macrorregião, pois oferta uma grande variedade de serviços de saúde aos

seus municípios, sendo pólo de atração de usuários de outros municípios. Por esse motivo, concentrou 85,2 % dos recursos federais transferidos a sua região para MAC e dividiu com Parelhas o financiamento para Ações Estratégicas. Os outros 22 municípios receberam conjuntamente 48,5% dos recursos federais transferidos a esta região (Tabela 33).

Tabela 33. Transferências federais aos municípios da IV URSAP – RN, em R\$, em 2005

Municípios	MAC	Atenção Básica	Ações Estratégicas	Total
Acari	1.491,58	761.665,62	-	763.157,20
Bodó	438,34	174.628,44	-	175.066,78
Caicó	4.571.983,13	2.356.734,32	589.115,42	7.517.832,87
Carnaúba dos Dantas	819,90	413.440,33	-	414.260,23
Carro Corá	1.141,13	773.566,30	-	774.707,43
Cruzeta	973,32	364.503,55	-	365.476,87
Currais Novos	52.354,86	1.718.314,83	-	1.770.669,69
Equador	1.114,91	321.000,65	-	322.115,56
Florânia	1.149,44	624.118,76	-	625.268,20
Ipueira	306,84	169.249,47	-	169.556,31
Jardim de Piranhas	1.445,79	545.170,70	-	546.616,49
Jardim do Seridó	1.079,25	600.185,11	-	601.264,36
Jucurutu	21.764,03	1.066.446,84	-	1.088.210,87
Lagoa Nova	1.151,36	898.018,99	-	899.170,35
Ouro Branco	468,00	259.070,32	-	259.538,32
Parelhas	700.595,97	830.915,91	22.007,81	1.553.519,69
Santana do Matos	1.351,72	1.009.683,21	-	1.011.034,93
Santana do Seridó	318,79	68.473,38	-	68.792,17
São Fernando	509,58	203.375,07	-	203.884,65
São João do Sabugi	756,98	308.192,29	-	308.949,27
São José do Seridó	507,16	181.185,54	-	181.692,70
São Vicente	730,64	383.112,22	-	383.842,86
Serra Negra do Norte	968,93	598.428,72	-	599.397,65
Tem. Laurentino Cruz	462,91	329.323,88	-	329.786,79
Timbaúba dos Batistas	333,71	138.949,95	-	139.283,66
TOTAL	5.364.218,27	15.097.754,40	611.123,23	21.073.095,90

V URSAP

Os municípios localizados no território de abrangência da V URSAP-RN só receberam 3,9% do total de recursos transferidos pela

União para a saúde no nível municipal de gestão. A quase totalidade desses recursos foi destinada à Atenção Básica (99,3%), enquanto o restante (0,7%) foi alocado para financiar procedimentos de MAC. Santa Cruz foi o município que mais recebeu recursos federais para saúde (15,2%), seguida de São Paulo do Potengi (11,2%). Enquanto o primeiro priorizou o uso desses recursos para a ampliação da cobertura por Atenção Básica, o segundo priorizou as atividades de MAC, concentrando 75,25% dos recursos transferidos da União para esse tipo de procedimentos na região. Santa Cruz é também pólo universitário da UFRN, sede de microrregião de saúde (ver desenho do PDR) e sede do consórcio intermunicipal do Trairi (constituído por 10 municípios que financiam ações de MAC, como exposto adiante). Nenhum município recebeu financiamento federal para Ações Estratégicas. O conjunto dos demais municípios desta região recebeu 73,6% dos recursos federais transferidos pela União, o que demonstra um certo equilíbrio entre eles (Tabela 34).

Tabela 34. Transferências federais aos municípios da V URSAP – RN, em R\$, em 2005

Municípios	MAC	Atenção Básica	Ações Estratégicas	Total
Barcelona	550,68	253.426,85	-	253.977,53
Bom Jesus	1.007,53	665.952,04	-	666.959,57
Campo Redondo	879,67	703.627,61	-	704.507,28
Coronel Ezequiel	891,73	368.423,79	-	369.315,52
Jaçanã	866,80	496.822,50	-	497.689,30
Januário Cicco	882,19	553.765,12	-	554.647,31
Lagoa de Velhos	428,68	183.282,86	-	183.711,54
Lajes Pintada	487,48	348.102,74	-	348.590,22
Pres. Juscelino	833,81	536.878,40	-	537.712,21
Ruy Barbosa	464,67	327.943,89	-	328.408,56
Santa Cruz	2.969,12	1.557.821,63	-	1.560.790,75
São Bento do Trairi	480,07	201.403,61	-	201.883,68
São José de Campestre	1.139,78	802.357,10	-	803.496,88
São Paulo do Potengi	51.478,67	1.097.951,57	-	1.149.430,24
São Pedro	965,18	439.132,85	-	440.098,03
São Tomé	1.294,12	716.441,44	-	717.735,56
Senador Elói de Souza	655,91	367.605,02	-	368.260,93
Sítio Novo	705,49	364.787,69	-	365.493,18
Tangará	1.430,11	889.668,10	-	891.098,21
TOTAL	68.411,69	10.175.394,81	-	10.243.806,50

VI URSAP

Os municípios do território de abrangência da VI URSAP-RN receberam conjuntamente 7,1% do total de recursos federais transferidos aos municípios do RN. Destes, 86,25% foram destinados à Atenção Básica, 13,21% aos procedimentos de MAC e 0,54% para Ações Estratégicas. Pau dos Ferros foi o município desta região que recebeu mais recursos federais (21,1%), seguido de São Miguel (8,8%) e Alexandria (5,7%). Pau dos Ferros é sede de microrregião e foi o único município desta região a receber recursos para Ações Estratégicas. Por outro lado, concentrou 96,2% dos recursos para MAC. Os outros 32 municípios receberam em conjunto 64,4%, revelando um certo equilíbrio entre eles na distribuição desses recursos.

Tabela 30. Transferências federais aos municípios da VI URSAP – RN, em R\$, em 2005

Municípios	MAC	Atenção Básica	Ações Estratégicas	Total
Água Nova	497,17	181.921,79	-	182.418,96
Alexandria	51.857,28	1.024.090,13	-	1.075.947,41
Almino Afonso	580,80	274.955,67	-	275.536,47
Antônio Martins	834,68	524.209,58	-	525.044,26
Coronel João Pessoa	639,81	352.396,63	-	353.036,44
Doutor Severiano	749,02	531.905,52	-	532.654,54
Encanto	605,44	348.149,11	-	348.754,55
Francisco Dantas	454,42	192.069,01	-	192.523,43
Frutuoso Gomes	444,30	344.414,62	-	344.858,92
Itaú	676,61	374.030,99	-	374.707,60
João Dias	494,13	180.143,73	-	180.637,86
José da Penha	762,03	518.503,53	-	519.265,56
Lucrécia	381,07	197.213,88	-	197.594,95
Luiz Gomes	982,51	725.081,95	-	726.064,46
Major Sales	415,86	194.282,23	-	194.698,09
Marcelino Vieira	1.110,51	556.879,05	-	557.989,56
Martins	752,70	575.817,65	-	576.570,35
Olho d'Água dos Borges	574,19	345.737,18	-	346.311,37
Paraná	449,03	324.083,50	-	324.532,53
Patu	1.390,51	725.435,41	-	726.825,92
Pau dos Ferros	2.391.964,03	1.484.917,59	101.759,91	3.978.641,53
Pilões	360,47	201.811,58	-	202.172,05
Portalegre	821,88	528.312,85	-	529.134,73
Rafael Fernandes	550,21	347.958,20	-	348.508,41
Rafael Godeiro	369,73	190.379,74	-	190.749,47
Riacho da Cruz	374,62	187.612,33	-	187.986,95
Riacho de Santana	423,72	339.796,12	-	340.219,84
Rodolfo Fernandes	636,35	262.665,35	-	263.301,70
São Francisco do Oeste	497,12	245.333,61	-	245.830,73
São Miguel	21.532,90	1.641.935,83	-	1.663.468,73
Severiano Melo	1.071,05	657.107,92	-	658.178,97
Tabuleiro Grande	303,30	170.638,28	-	170.941,58
Tenente Ananias	1.051,39	576.113,68	-	577.165,07
Umarizal	1.415,10	744.280,49	-	745.695,59
Viçosa	324,65	158.871,07	-	159.195,72
TOTAL	2.486.348,59	16.229.055,80	101.759,91	18.817.164,30

Grande Natal

Os municípios da região metropolitana conhecida como Grande Natal, que se situam em torno da capital do RN, receberam 49,8% dos recursos totais transferidos pela União aos municípios deste estado.

Destes, 62,6% foram destinados à MAC, 30,1% à Atenção Básica e 7,3% às Ações Estratégicas. Em decorrência de um intenso processo histórico de urbanização, Natal concentrou no seu território a maioria dos recursos humanos, físicos, tecnológicos e de conhecimento referentes à área da saúde, sobretudo aqueles de MAC⁶. Assim, os recursos financeiros federais transferidos para custear as atividades dos serviços existentes nesta região, sua “capacidade instalada”, não apenas correspondem a uma concentração desses recursos, mas também a uma inversão do padrão de alocação das transferências federais aos municípios das outras regiões: na Grande Natal, a maior proporção de recursos federais transferidos será alocada nos procedimentos de MAC (Figura 9), enquanto nas demais regiões o financiamento federal voltou-se prioritariamente para as Ações Básicas.

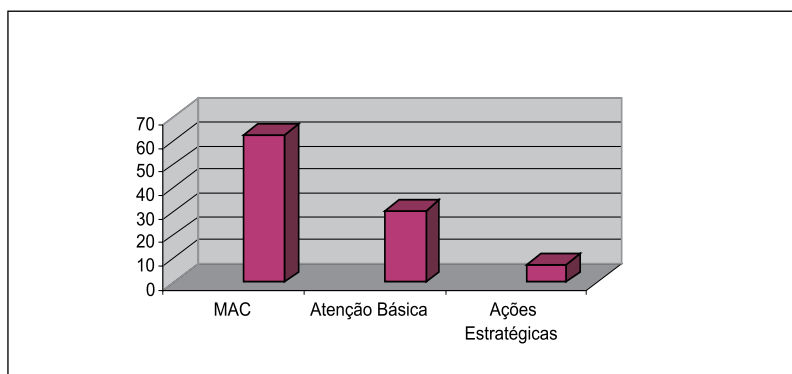


Figura 9. Transferências federais para o SUS na Grande Natal, 2005

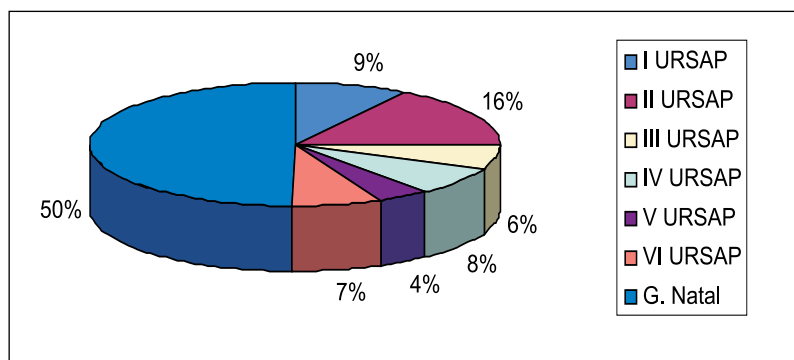
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS, 2006

⁶Ver seção sobre Organização da Rede de Atenção à Saúde, presente neste relatório

Tabela 36. Transferências federais aos municípios da Grande Natal – RN, em R\$, em 2005

Municípios	MAC	Atenção Básica	Ações Estratégicas	Total
Ceará-Mirim	2.413.148,86	3.292.120,76	10.547,85	5.715.817,47
Extremoz	2.156,19	1.020.307,52	-	1.022.463,71
Macaíba	1.688.087,94	2.743.444,55	210.868,48	4.642.400,97
Natal	70.677.577,26	23.422.773,51	9.199.896,25	103.300.247,02
Parnamirim	5.593.007,40	6.131.573,16	211.588,73	11.936.169,29
São Gonçalo do Amarante	2.348.480,98	3.136.414,57	45.962,97	5.530.858,52
TOTAL	82.722.458,63	39.746.634,07	9.678.864,28	132.147.957,00

A utilização de parâmetros de programação financeira conservadores como “séries históricas” e “capacidade instalada”, sem a devida contextualização sistêmica, contribuiu para a reprodução das desigualdades em termos de oferta de serviços de saúde. Apesar da municipalização e dos esforços (ainda incipientes) por uma regionalização, os recursos continuam concentrados na Grande Natal e na II URSAP, onde se encontram os dois maiores e mais influentes municípios do estado: Natal e Mossoró (Ver Figura 10).

**Figura 10.** Transferências federais para o SUS – RN, nos municípios do RN, 2005

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS, 2006

É importante ressaltar que, excetuando-se a Grande Natal e a II URSAP, todas as demais regiões são subfinanciadas no que tange aos procedimentos de MAC e às Ações Estratégicas (Figura 10), comprometendo o processo de regionalização. Em algumas regiões (I, III, V e VI URSAP), as transferências para a Atenção Básica se encontram numa faixa de 86 a 99% do total dos recursos transferidos. Mesmo na IV URSAP, onde se situa Caicó (sede de macrorregião, que oferta serviços de MAC), 71,6% dos recursos advindos de transferências federais foram alocados para a Atenção Básica. Por um lado, esse subfinanciamento está ligado ao fato de a capacidade instalada de serviços de MAC e de Ações Estratégicas desses municípios ser muito baixa, exigindo poucos recursos para o seu custeio; por outro lado, isso revela a escassez crônica de investimentos regionais em MAC e Ações Estratégicas nas cidades-pólo, fundamental para viabilizar o processo de regionalização e reduzir a dependência e as desigualdades regionais.

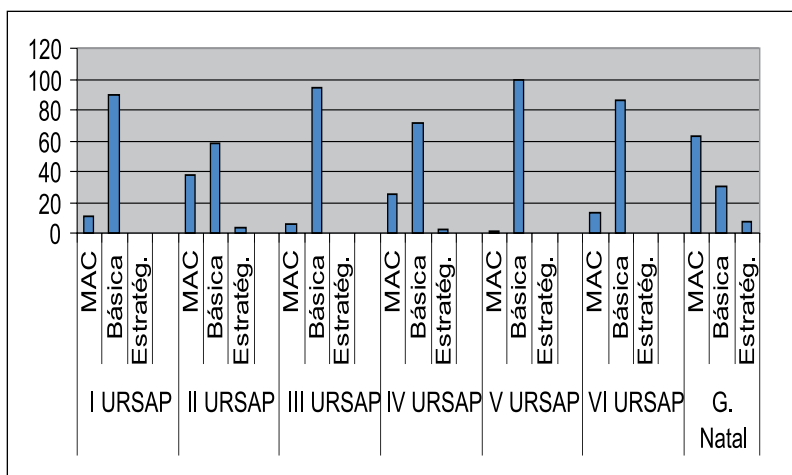


Figura 10. Transferências federais para o SUS – RN, nos municípios do RN, 2005

Fonte: DATASUS/MS, 2006

5.4.2 Despesa Públicas com Saúde

Observando a participação das distintas esferas de governo nas despesas com saúde no RN, verifica-se que 43% dos recursos são de origem federal, 33% do estado e 24% do conjunto dos seus municípios.⁷ Os gastos per capita nos permitem visualizar que, no plano nacional, a participação dos entes federativos segue um padrão diferente, em que a dependência do federal é maior, e os municípios vêm se destacando em relação aos estados (Figura 12). Por outro lado, no RN, a proporção das despesas estaduais na área da saúde com o item “pessoal” chega a 68%. No entanto, no conjunto dos municípios norte-rio-grandenses, esses gastos são da ordem de 43,75%. Quando se exclui esse tipo de despesas, vê-se que o custeio com a estrutura e as atividades do SUS-RN ainda é realizado predominantemente com os recursos transferidos pelo governo federal e que o gasto municipal segue o caminho do padrão nacional, sendo superior ao do estado (Figura 13). O estado do RN tinha uma participação modesta no financiamento do custeio do SUS, limitando-se praticamente às suas responsabilidades com pessoal e com a máquina administrativa da SESAP-RN.

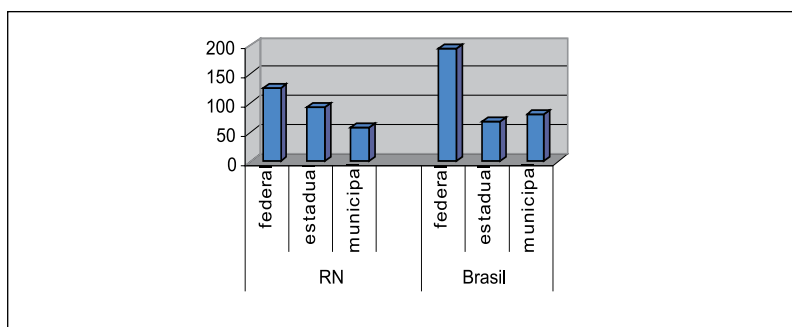


Figura 12. Despesas com saúde no RN e no Brasil, por Habitante, Realizados pelos três níveis de governo em 2003

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS, 2006

⁷ Esses dados são de 2003, os mais recentes sobre as despesas globais por entes federativos que se encontram disponibilizados (SIOPS/DATASUS, 2006).

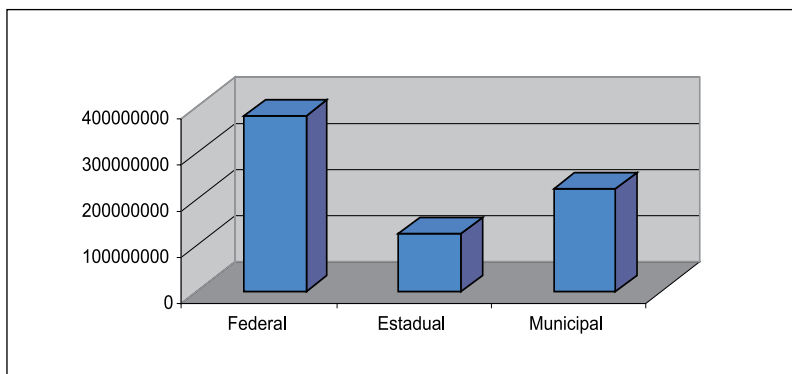


Figura 13. Participação dos entes federativos nas despesas de custeio do SUS – RN, em 2005

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS, 2006

Analisando o gasto em saúde no estado do RN, verifica-se que, em 2004⁸, a SESAP-RN cumpriu a sua parte no financiamento da saúde correspondente ao previsto na EC-29. O governo estadual financiou 68% da sua despesa total com saúde com recursos próprios, cerca de 12% do Orçamento Geral do Estado (OGE). Mas é importante destacar: 51% dessas despesas são relativas a gastos com pessoal. Assim, apenas 17% do financiamento das despesas com o custeio do sistema foi assumido pelo nível estadual, sendo 32% dessa despesa realizadas às expensas das transferências federais para saúde. É importante também observar que, apesar de o governo estadual demonstrar disposição para participar do financiamento do SUS-RN, seu gasto com investimentos é da ordem de 3,9%, muito aquém das necessidades do processo de regionalização. A pouca disponibilidade de recursos próprios e

⁸ Não existem dados disponíveis no SIOPS para 2005

o comprometimento a priori dos recursos federais transferidos com atividades da rede assistencial historicamente estabelecida (pública e privada/filantrópica contratada) deixam pouca margem de manobra para investimentos e comprometem o projeto de mudanças.

Analisando as despesas realizadas e pagas em cada município e região de saúde, é possível identificar a proporção dos gastos com os recursos próprios e os transferidos pela União; as despesas com pessoal, com custeio, com ressarcimentos a outros municípios por atendimentos de MAC aos munícipes e com investimentos; a proporção de gastos com saúde em relação ao volume global de recursos dos orçamentos (estadual e municipais), com vistas ao cumprimento da EC-29, que prevê receitas vinculadas à saúde. Assim, pode-se observar a dinâmica dos recursos que, alocados para a assistência da população da grande maioria dos municípios do RN, terminam por migrar para os grandes centros urbanos (principalmente Natal, Mossoró e Caicó) responsáveis pela referência macrorregional de prestação de serviços de MAC.

Cabe destacar que a ausência de informações sobre o processo de financiamento em alguns relatórios de Caracterização das regionais de saúde, utilizados como fontes de informações **desta** síntese analítica, e o fato de que alguns municípios deixaram de fornecer informações aos bancos de dados do SIOPS e DATASUS, dificultaram uma reflexão mais completa e precisa sobre a situação de cada região e do conjunto dos municípios. Todavia, o volume de informações existente, a partir de municípios que representam quantitativa e qualitativamente o conjunto, permite tirar conclusões sobre o comportamento dos gastos municipais de saúde no RN.

I URSAP

Analisando os gastos com saúde dos municípios da I URSAP-RN, observa-se que estes foram financiados com 50,2% de recursos de transferências federais e com 49,8% de recursos próprios. Observando esses dados fora do seu contexto global, poder-se-ia pensar num certo equilíbrio entre a participação municipal e federal no financiamento do SUS-RN, nesta região. No entanto 47,7% desses recursos são empregados para pagar os gastos com pessoal, o que significa que apenas 2,1% das despesas municipais com o custeio do sistema de saúde na região são pagos com recursos próprios. Levando em conta que a maioria dos recursos de transferências federais é gasta com atividades pré-definidas, o que sobra dos orçamentos globais transferidos é muito pouco. Portanto, não é de surpreender que apenas 5,1% das despesas com saúde sejam voltadas para investimentos.

O comportamento dos gastos é muito heterogêneo, com variações intermunicipais. Em alguns municípios como São José de Mipibu (município sede de micro-região e desta URSAP), Nova Cruz e Monte Alegre, a utilização de recursos de transferências federais é bem maior que a de recursos próprios, variando entre 63-66%. Em outros municípios, a situação pode ser invertida, sobressaindo-se as despesas com recursos próprios, como em Senador Georgino Avelino (76%), Baía Formosa (70,4%), Arês (68,3%) e Tibau do Sul (67,2%). Mas não é possível estabelecer associações de determinação com relação ao padrão de gasto com recursos próprios e de transferências, como também em relação às despesas com pessoal e com investimentos.

No item “gastos com pessoal”, que relativizam a proporção de gastos com recursos próprios, destacam-se municípios como Arês,

Goianinha, Monte Alegre, Pedro Velho e Santo Antônio, todos num patamar acima de 60%, bem superior à média do percentual de despesas com pessoal dos municípios da região (48,2%). Quanto aos investimentos, vemos municípios como Nísia Floresta (19,7%) e Georgino Avelino (12,5%) se destacando, gastando bem acima da média do percentual de gastos regional (5,5%).

Tabela 37. Despesas Municipais com saúde na Região da I URSAP – RN, em 2005

Municípios	Despesa Total c/ Saúde	Recursos Próprios	%	Transferências SUS	%
Arês	3.112.159,61	2.126.531,22	68,3	985.628,39	31,7
Baía Formosa	2.101.985,75	1.480.310,52	70,4	621.675,23	29,6
Brejinho	2.089.013,43	915.708,29	43,8	1.173.305,14	56,2
Canguaretama	5.208.772,18	2.627.649,95	50,4	2.581.122,23	49,6
Espírito Santo	1.614.624,92	849.404,18	52,6	765.220,74	47,4
Goianinha	2.753.019,69	1.189.194,15	43,2	1.563.825,54	56,8
Lagoa d'Anta	1.386.686,64	913.410,28	65,9	473.276,36	34,1
Lagoa de Pedras	-	-	-	-	-
Lagoa Salgada	1.320.819,11	731.645,71	55,4	589.173,40	44,6
Montanhas	1.854.926,11	923.942,74	49,8	930.983,37	50,2
Monte Alegre	2.798.641,79	1.039.479,83	37,1	1.759.161,96	62,9
Monte das Gameleiras	-	-	-	-	-
Nísia Floresta	3.197.575,78	1.431.235,58	44,8	1.766.340,20	55,2
Nova Cruz	4.818.402,41	1.747.831,50	36,3	3.070.570,91	63,7
Passa e Fica	1.642.160,42	875.947,33	53,3	766.213,09	46,7
Passagem	-	-	-	-	-
Pedro Velho	2.270.862,71	1.128.607,06	49,7	1.142.255,65	50,3
Santo Antônio	2.492.703,05	1.388.049,28	55,7	1.104.653,77	44,3
São José de Mipibu	6.433.082,53	2.184.110,26	34,0	4.248.972,27	66,0
Sen. Georgino Avelino	998.367,52	759.125,86	76,0	239.241,66	24,0
Serra de São Bento	-	-	-	-	-
Serrinha	1.393.616,40	766.044,21	55,0	627.572,19	45,0
Tibau do Sul	1.961.844,99	1.318.567,57	67,2	643.277,42	32,8
Várzea	1.027.850,69	647.742,90	63,0	380.107,79	37,0
Vera Cruz	1.629.901,15	901.386,64	55,3	728.514,51	44,7
Vila Flor	-	-	-	-	-
TOTAL	52.107.016,88	25.945.925,06	49,8	26.161.091,82	50,2

Tabela 38. Despesas municipais com saúde na Região da I URSAP – RN, em 2005

Municípios	Despesa c/ Pessoal	%	Investimentos	%	% Rec. EC-29
Arês	1.938.377,04	62,3	59.511,51	1,9	20,31
Baía Formosa	1.059.490,44	50,4	27.518,05	1,3	25,56
Brejinho	1.013.993,82	48,5	185.384,12	8,9	21,12
Canguaretama	786.611,08	15,1	135.876,72	2,6	20,40
Espírito Santo	385.317,77	23,9	10.343,75	0,6	19,20
Goianinha	1.787.378,63	64,9	19.498,30	1,4	15,09
Lagoa d'Anta	771.826,68	55,7	2.662,00	5,2	27,41
Lagoa de Pedras	-	-	-	-	-
Lagoa Salgada	531.459,39	40,2	69.605,44	5,3	21,18
Montanhas	864.770,16	46,6	156.923,61	8,5	20,22
Monte Alegre	1.835.270,03	65,6	116.502,46	4,2	15,76
M. das Gameleiras	-	-	-	-	-
Nísia Floresta	1.409.097,84	44,1	628.393,01	19,7	16,84
Nova Cruz	2.127.342,25	44,2	87.015,43	1,8	17,94
Passa e Fica	702.953,23	42,8	81.038,86	4,9	24,65
Passagem	-	-	-	-	-
Pedro Velho	1.424.337,69	62,7	99.834,68	4,4	20,07
Santo Antônio	1.556.022,80	62,4	165.304,89	6,6	19,71
São José de Mipibu	3.370.384,26	52,4	407.545,08	6,3	19,41
Sen. Georgino Avelino	463.595,98	46,4	125.169,66	12,5	22,85
Serra de São Bento	-	-	-	-	-
Serrinha	579.311,56	41,6	82.154,00	5,9	22,18
Tibau do Sul	986.458,54	50,3	28.873,60	1,5	21,43
Várzea	393.895,89	38,3	25.422,76	2,5	19,58
Vera Cruz	877.630,26	53,8	148.985,88	9,1	24,74
Vila Flor	-	-	-	-	-
TOTAL	24.865.525,34	47,7	2.663.563,81	5,1	-

II URSAP

Os municípios localizados no território da II URSAP-RN foram financiados com 51,1% de recursos de transferências federais e com 48,9% de recursos próprios. Como 45% dos gastos com recursos próprios estão incluídos no item “despesas com pessoal”, apenas 3,9% destes foram empregados no custeio das atividades, da máquina administrativa e dos investimentos no SUS. Assim, neste contexto, a utilização de 3,4% dos recursos municipais de saúde da região com investimentos encontra-se

dentro do esperado. As variações inter-municipais quanto ao comportamento dos gastos são mais homogêneas que na região anterior. Mossoró é o único município a apresentar um volume de recursos predominantemente de origem federal (61,6%). Todos os demais municípios mostraram um perfil de gastos em que o financiamento se dá sobretudo às expensas dos recursos próprios municipais (incluídos os gastos com pessoal). No entanto, o volume de recursos assignados ao município de Mossoró é de tal vulto em relação ao destinado aos outros municípios da região que, ao analisar os gastos globais com saúde da região, constata-se um falso equilíbrio entre as despesas com recursos federais e municipais, com ligeiro predomínio das primeiras. A concentração dos recursos da região em Mossoró é evidente (58,6%), o que explica que o padrão de gastos da região seja o deste município, sendo a média percentual de gastos com recursos próprios da ordem de 46%. Excluindo-se o município de Mossoró, a média percentual de gastos do SUS com recursos próprios da região seria da ordem de 63,7%. Em todos os outros municípios, predomina o gasto com recursos dos seus Tesouros Municipais (incluindo-se as despesas com pessoal); 10 dos 15 municípios que prestaram informações ao SIOPS gastaram mais de 60% dos seus recursos totais para a saúde com recursos próprios e todos gastaram mais do que a média percentual da região. Todos os municípios da região estão dando a sua participação para o financiamento do SUS-RN, de acordo com o previsto na EC-29, mas sua margem de manobra para investimentos no sistema de saúde é pequena. A média percentual de gastos regionais com o item “investimentos” é da ordem de 4,4%, sobressaindo-se os municípios de Itajá (14,7%), Grossos (12,6%) e Ipanguaçu (7,8%). Em valores absolutos, as despesas com investimentos em Mossoró chegam a R\$ 1.423.818,97, enquanto em Itajá estas são da ordem de R\$ 205.868,12. Mas o que importa ressaltar é o esforço do gestor municipal em alocar recursos para investimento, que se revela através dos valores proporcionais ao total de recursos alocados em cada município.

Tabela 39. Despesas municipais com saúde na Região da II URSAP – RN, em 2005

Municípios	Despesa Total c/ Saúde	Recursos Próprios	%	Transferências SUS	%
Assu	4.712.565,77	2.633.256,02	55,9	2.079.309,75	44,1
Alto do Rodrigues	2.586.070,92	1.829.813,88	70,8	756.257,04	29,2
Angicos	-	-	-	-	-
Apodi	4.035.920,18	2.606.939,53	64,6	1.428.980,65	35,4
Areia Branca	-	-	-	-	-
Augusto Severo	1.295.655,47	790.014,11	61,0	505.641,36	39,0
Baraúna	2.626.516,51	1.512.273,24	57,6	1.114.243,27	42,4
Caraúbas	-	-	-	-	-
Carnaubais	1.963.116,24	1.275.433,63	65,0	687.682,61	35,0
Felipe Guerra	-	-	-	-	-
Fernando Pedroza	852.765,33	617.973,41	72,5	234.791,92	27,5
Gov. Dix-Sept Rosado	-	-	-	-	-
Grossos	1.913.619,39	1.213.214,22	63,4	700.405,17	36,6
Ipanguaçu	2.039.749,16	1.111.421,41	54,5	928.327,75	45,5
Itajá	1.400.767,16	787.339,64	56,2	613.427,52	43,8
Janduí	-	-	-	-	-
Messias Targino	-	-	-	-	-
Mossoró	44.405.031,05	17.044.198,17	38,4	27.360.832,88	61,6
Paraú	1.091.677,23	731.822,32	67,0	359.854,91	33,0
Pendências	2.567.499,92	1.892.869,65	73,7	674.630,27	26,3
São Rafael	1.037.373,58	695.974,18	67,1	341.399,40	32,9
Serra da Mel	-	-	-	-	-
Tibau	-	-	-	-	-
Triunfo Potiguar	-	-	-	-	-
Upanema	3.311.958,74	2.335.645,41	70,5	976.313,33	29,5
TOTAL	75.840.286,65	37.078.188,82	48,9	38.762.097,83	51,1

Tabela 40. Despesas municipais com saúde na Região da II URSAP – RN, em 2005

Municípios	Despesa c/ Pessoaal	%	Investimentos	%	% Rec. EC-29
Assu	2.240.411,47	47,5	104.054,21	2,2	15,53
Alto do Rodrigues	821.187,01	31,8	65.144,66	2,5	21,32
Angicos	-	-	-	-	-
Apodi	1.519.279,04	37,6	108.386,14	2,7	19,17
Areia Branca	-	-	-	-	-
Augusto Severo	157.337,11	12,1	73.143,78	5,6	20,07
Baraúna	976.473,95	37,2	23.271,10	0,9	17,68
Caraúbas	-	-	-	-	-
Carnaubais	1.083.867,14	55,2	4.637,00	0,2	22,27
Felipe Guerra	-	-	-	-	-
Fernando Pedroza	427.256,03	50,1	58.780,22	6,9	18,87
Gov. Dix-Sept Rosado	-	-	-	-	-
Grossos	995.362,89	52,0	240.580,49	12,6	22,33
Ipanguaçu	538.847,77	26,4	158.908,96	7,8	14,98
Itajá	378.022,30	27,0	205.868,12	14,7	22,83
Janduí	-	-	-	-	-
Messias Targino	-	-	-	-	-
Mossoró	22.704.629,74	51,1	1.423.818,97	3,2	15,80
Paraú	190.760,93	17,5	3.171,30	0,3	22,14
Pendências	950.072,55	37,0	3.178,00	0,1	21,25
São Rafael	368.503,07	35,5	26.727,93	2,6	19,26
Serra da Mel	-	-	-	-	-
Tibau	-	-	-	-	-
Triunfo Potiguar	-	-	-	-	-
Upanema	780.826,11	23,6	101.776,79	3,1	36,22
TOTAL	34.132.837,11	45,0	2.601.447,67	3,4	-

III URSAP

A análise dos gastos com saúde dos municípios da III URSAP-RN apresenta problemas com a falta de registro. Onze dos vinte e quatro municípios deixaram de prestar informações. Os treze municípios que disponibilizaram informações sobre o seu comportamento financeiro no setor saúde foram financiados com 67,1% de recursos próprios, advindos dos Tesouros Municipais, e com 32,9% de recursos transferidos pela União. Excluindo-se os 49% de gastos com o item

“pessoal”, restaram 18,1% de recursos próprios municipais para serem gastos com o custeio das atividades do SUS, sua administração e investimentos. Assim, o gasto com “investimentos” nesta região alcançou um patamar de 6,3%, compatível com uma “reserva” ligeiramente maior de recursos próprios e à disposição dos gestores da região para investir no sistema de saúde.

As variações intermunicipais em relação ao comportamento dos gastos ocorreram de forma relativamente homogênea, sendo as despesas do SUS predominantemente financiadas por recursos próprios; apenas em Touros (67,5%) e João Câmara (51,6%), o perfil de gastos foi majoritariamente federal. Entre os 12 municípios da região que disponibilizaram informações ao SIOPS, Guamaré foi aquele que apresentou o maior gasto com saúde (35,9%), sendo que 93% deste com recursos próprios. A média percentual de gastos com recursos próprios em relação aos recursos globais de saúde desses municípios foi de 60,8%. Todos os municípios desta região atingiram os percentuais propostos pela EC-29 para participação municipal no financiamento do SUS.

No item “gastos com pessoal”, que relativiza os gastos com recursos próprios, sobressaem-se os municípios de Touros (64,2%), João Câmara (63,6%), Maxaranguape (61,5%) e Pureza (61%), todos acima da média percentual de 48,9%. Quanto aos investimentos no SUS, a média percentual da região foi de 4,2%. Os municípios de Guamaré (11,7%) e Ielmo Marinho (7,9%) foram os que mais contribuíram para a elevação da média regional. É importante considerar que, excluindo-se os gastos com pessoal, o município de Guamaré contribuiu com 52,6% de recursos do seu Tesouro para os gastos totais com saúde. O comportamento das despesas desse município implica sua situação privilegiada na região, a mais pobre do estado, apresentando os piores indicadores de saúde. Além disso,

vale salientar que, mesmo sendo um pequeno município, alberga no seu território um pólo petroquímico e recebe “royalties” em função da sua produção. Assim, as demandas por serviços de saúde têm obtido respostas tanto da gestão municipal, que priorizou seus gastos com a saúde, procurando ir além das transferências intergovernamentais, como também despertou o interesse dos planos e seguros de saúde privados de Saúde Complementar.

Tabela 41. Despesas municipais com saúde na Região da III URSAP – RN, em 2005

Municípios	Despesa Total c/ Saúde	Recursos Próprios	%	Transf. SUS	%
Afonso Bezerra	1.843.449,97	1.016.213,62	55,1	827.236,35	44,9
Bento Fernandes	-	-	-	-	-
Caicara do Norte	-	-	-	-	-
Galinhos	-	-	-	-	-
Guamarê	12.225.873,06	11.476.343,72	93,9	749.529,34	6,1
Ilmo Marinho	1.966.752,47	1.115.362,49	56,7	851.389,98	43,3
Jandaíra	1.450.150,35	837.832,97	57,8	612.317,38	42,2
Jardim de Angicos	927.675,51	706.922,24	76,2	220.753,27	23,8
João Câmara	3.788.936,54	1.832.852,08	48,4	1.956.084,46	51,6
Lajes	-	-	-	-	-
Macau	-	-	-	-	-
Maxaranguape	1.038.787,64	621.779,03	59,9	417.008,61	40,1
Parazinho	1.322.497,51	955.586,50	72,3	366.911,01	27,7
Pedra Grande	925.550,18	611.690,80	66,1	313.859,38	33,9
Pedra Preta	1.278.642,81	659.270,14	51,6	619.372,67	48,4
Pedro Avelino	-	-	-	-	-
Poço Branco	-	-	-	-	-
Pureza	1.446.840,96	782.211,98	54,1	664.628,98	45,9
Riachuelo	1.112.616,18	730.606,53	65,7	382.009,65	34,3
Rio do Fogo	-	-	-	-	-
São Bento do Norte	-	-	-	-	-
São Miguel do Gostoso	-	-	-	-	-
Taipu	-	-	-	-	-
Touros	4.771.940,43	1.549.668,74	32,5	3.222.271,69	67,5
TOTAL	34.099.713,61	22.896.340,86	67,1	11.203.372,77	32,9

Tabela 42. Despesas municipais com saúde na Região da III URSAP – RN, em 2005

Municípios	Despesa c/ Pessoal	%	Investimentos	%	% Rec. EC-29
Afonso Bezerra	897.304,25	48,7	128.297,60	7,0	21,99
Bento Fernandes	-	-	-	-	-
Caiçara do Norte	-	-	-	-	-
Galinhos	-	-	-	-	-
Guamaré	5.050.206,97	41,3	1.430.034,12	11,7	45,66
Ielmo Marinho	1.132.914,83	57,6	154.806,33	7,9	23,54
Jandaíra	12.618,15	0,9	82.906,98	5,7	24,71
Jardim de Angicos	415.932,21	44,8	34.586,03	3,7	21,74
João Câmara	2.408.659,86	63,6	87.510,09	2,3	18,97
Lajes	-	-	-	-	-
Macau	-	-	-	-	-
Maxaranguape	633.475,32	61,0	16.732,70	1,6	18,38
Parazinho	578.834,39	43,8	11.670,92	0,9	28,63
Pedra Grande	490.925,17	53,0	37.586,30	4,1	18,79
Pedra Preta	751.429,43	58,8	40.752,61	3,2	16,18
Pedro Avelino	-	-	-	-	-
Poço Branco	-	-	-	-	-
Pureza	882.447,45	61,0	75.541,18	5,2	22,82
Riachuelo	406.954,31	36,6	11.221,00	1,0	21,29
Rio do Fogo	-	-	-	-	-
São Bento do Norte	-	-	-	-	-
São Miguel do Gostoso	-	-	-	-	-
Taipu	-	-	-	-	-
Touros	3.062.106,47	64,2	24.583,39	0,5	15,78
TOTAL	16.723.808,81	49,0	2.136.229,25	6,3	-

IV URSAP

As despesas com saúde dos municípios situados no território coberto pela IV URSAP-RN foram financiadas com 51,4% de transferências federais e 45,3% de recursos próprios. A pequena predominância das transferências federais sobre os recursos municipais aumenta quando se pensa no gasto com o custeio, administração e investimentos no sistema de saúde. Excluindo-se o percentual relativo ao item “despesas com pessoal” (30,6%), restam 14,7% dos recursos próprios para serem gastos com o

SUS. Por sua vez, os investimentos no sistema de saúde se limitam a 4,6% dos recursos globais destinados à saúde na região.

As variações internas quanto ao comportamento dos gastos é pequena, com uma concentração de 23% dos recursos totais em Caicó. Dos 24 municípios que prestaram informações ao SIOPS, 10 gastaram acima da média percentual de recursos próprios em relação ao total de recursos alocados à região, entre estes Santana do Seridó (87,5%), São José do Seridó (79,6%), São Fernando (79,4%), Timbaúba dos Batistas (77%) e Ipueira (76,9%). Excluindo-se Caicó, a proporção de gastos com recursos próprios seria de 55,2% e com transferências federais seria de 44,8%, invertendo-se o padrão regional. Portanto, ainda que a concentração dos recursos da região em Caicó seja bem menor que a de Natal e Mossoró, ela é suficiente para que o padrão de gastos deste município influencie o perfil global de gastos regionais. Com exceção dos municípios de Bodó e Santana do Seridó, todos os demais tiveram uma participação no financiamento do SUS compatível com o prescrito pela EC-29.

Em relação aos “gastos com pessoal”, alguns municípios se sobressaem, como Jardim do Seridó (96,1%) e Ipueira (68,5%), bem acima da média percentual com este item de despesas (33,2%). Quanto aos investimentos no SUS, alguns municípios se destacam, como São Fernando (31,%), Carnaúba dos Dantas (10,5%) e Timbaúba dos Batistas (8,2%), bem acima da média percentual da região (4,7%).

Tabela 43. Despesas municipais com saúde na Região da IV URSAP – RN, em 2005

Municípios	Despesa Total c/ Saúde	Recursos Próprios	%	Transf. SUS	%
Acari	1.853.709,28	1.003.136,18	54,1	850.573,10	45,9
Bodó	651.665,02	410.918,17	63,1	240.746,85	36,9
Caicó	10.672.551,43	2.860.506,52	26,8	7.812.044,91	73,2
Carnaúba dos Dantas	1.401.223,43	766.345,43	54,7	634.878,00	45,3
Cerro Corá	1.812.152,61	851.088,01	47,0	961.064,60	53,0
Cruzeta	1.218.660,61	708.723,23	58,2	509.937,38	41,8
Currais Novos	3.636.933,41	1.819.207,72	50,0	1.817.725,69	50,0
Equador	-	-	-	-	-
Florânia	1.422.178,71	709.137,09	49,9	713.041,62	50,1
Ipueira	870.070,27	669.367,65	76,9	200.702,62	23,1
Jardim de Piranhas	1.870.399,84	1.090.412,22	58,3	779.987,62	41,7
Jardim do Seridó	1.409.884,97	796.384,86	56,5	613.500,11	43,5
Jucurutu	3.036.519,89	1.412.007,15	46,5	1.624.512,74	53,5
Lagoa Nova	2.036.159,89	904.985,61	44,4	1.131.174,28	55,5
Ouro Branco	909.836,05	581.614,20	63,9	328.221,85	36,1
Parelhas	2.912.414,96	1.257.248,94	43,2	1.655.166,02	56,8
Santana do Matos	2.337.849,95	1.168.473,69	50,0	1.169.376,26	50,0
Santana do Seridó	647.880,84	566.665,60	87,5	81.215,24	12,5
São Fernando	989.263,68	785.379,03	79,4	203.884,65	20,6
São João do Sabugi	1.007.345,83	632.571,60	62,8	374.774,23	37,2
São José do Seridó	888.585,71	706.893,01	79,6	181.692,70	20,4
São Vicente	1.258.451,13	800.932,52	63,6	457.518,61	36,4
Serra Negra do Norte	1.247.897,58	592.501,57	47,5	655.396,01	52,5
Tem. Laurentino Cruz	1.093.775,05	688.477,57	62,9	405.297,48	37,1
Timbaúba dos Batistas	634.205,41	488.235,43	77,0	145.969,98	23,0
TOTAL	45.819.615,55	22.271.213,00	48,6	23.548.402,55	51,4

Tabela 44. Despesas municipais com saúde na Região da IV URSAP – RN, em 2005

Municípios	Despesa c/ Pessoal	%	Investimentos	%	% Rec. EC-29
Acari	833.197,35	44,9	93.558,57	5,0	20,94
Bodó	183.747,10	28,2	1.100,00	0,2	12,62
Caicó	2.230.067,45	20,9	553.212,66	5,2	16,19
Carnaúba dos Dantas	521.350,25	37,2	146.579,19	10,5	20,56
Cerro Corá	828.367,23	45,7	51.510,14	2,8	18,94
Cruzeta	606.645,48	49,8	29.268,46	2,4	19,61
Currais Novos	1.270.030,73	34,9	173.445,28	4,8	13,47
Equador	-	-	-	-	-
Florânia	295.735,89	20,8	69.341,92	4,9	18,04
Ipueira	596.092,11	68,5	0,00	0	20,57
Jardim de Piranhas	511.236,99	27,3	117.697,33	6,3	22,09
Jardim do Seridó	1.356.052,28	96,1	5.554,00	0,4	16,04
Jucurutu	511.236,99	16,8	99.637,87	3,3	20,26
Lagoa Nova	598.569,95	29,4	69.216,70	3,4	20,19
Ouro Branco	396.920,26	43,6	17.932,00	2,0	17,17
Parelhas	992.255,64	34,1	31.985,90	1,1	16,28
Santana do Matos	731.666,15	31,3	52.658,30	2,3	18,53
Santana do Seridó	277.536,44	42,8	4.400,00	0,7	17,07
São Fernando	112.840,63	11,4	306.853,10	31,0	24,07
São João do Sabugi	275.190,40	27,3	70.666,80	7,0	18,65
São José do Seridó	68.669,61	7,7	0,00	0,0	21,09
São Vicente	118.388,86	9,4	86.208,23	6,9	23,44
Serra Negra do Norte	258.217,62	20,7	26.438,99	2,1	16,74
Tem. Laurentino Cruz	295.703,11	27,0	35.524,27	3,2	20,25
Timbaúba dos Batistas	135.552,34	21,4	52.000,00	8,2	15,31
TOTAL	14.015.270,86	30,6	2.094.789,71	4,6	-

V URSAP

Os municípios da região vinculada à V URSAP-RN foram financiados com 53,4% de recursos próprios e com 46,6% de transferências federais. Este aparente equilíbrio da participação dos recursos municipais e federais pode ser relativizado, quando excluirmos os gastos com pessoal, sobrando apenas 4,3% para despesas com o custeio, administração e investimentos no SUS. Neste contexto, as despesas regionais com investimento foram da ordem de 2,6%.

O município de Santa Cruz foi o que mais gastou, sendo responsável por 21,7% das despesas globais da região e as variações intermunicipais

foram pequenas. São Bento do Trairi (78,7%), Lagoa de Velhos (75%), Coronel Ezequiel (70,9%) e Barcelona (70,4%) se destacaram por seu gasto com recursos próprios acima da média percentual de 57,9%. Todos os municípios da região cumpriram as exigências da EC-29 quanto a sua participação no financiamento do SUS.

O município de Bom Jesus foi o único a exceder 60% de gastos com o item “pessoal”, numa região onde a média percentual desse tipo de despesa foi de 45,6%. Campo Redondo foi o município que mais investiu no SUS (6,1%), sendo a média percentual com este item de 2,4%. É importante referir que nesta região foi organizado o Consórcio intermunicipal de saúde do Trairi, com a participação de 10 municípios. Mediante negociação interna, esses municípios financiam investimentos em instalações, tecnologia e prestação de serviços de média complexidade aos seus munícipes.

Tabela 45. Despesas municipais com saúde na Região da V URSAP – RN, em 2005

Municípios	Despesa Total c/ Saúde	Recursos Próprios	%	Transf. SUS	%
Barcelona	932.495,01	656.373,84	70,4	276.121,17	29,6
Bom Jesus	1.512.263,45	751.875,83	49,7	760.387,62	50,3
Campo Redondo	1.486.773,38	649.093,29	43,7	837.680,09	56,3
Coronel Ezequiel	1.268.882,85	899.567,33	70,9	369.315,52	29,1
Jaçaná	1.359.677,25	780.913,06	57,4	578.764,19	42,6
Januário Cicco	-	-	-	-	-
Lagoa de Velhos	789.550,60	592.029,70	75,0	197.520,90	25,0
Lajes Pintada	1.130.037,87	708.260,18	62,7	421.777,69	37,3
Pres. Juscelino	1.234.833,32	580.204,43	47,0	654.628,89	53,0
Ruy Barbosa	982.609,37	607.665,32	61,8	374.944,05	38,2
Santa Cruz	4.982.813,95	2.005.284,51	40,2	2.977.529,44	59,8
São Bento do Trairi	946.336,18	744.932,50	78,7	201.403,68	21,3
São José de Campestre	-	-	-	-	-
São Paulo do Potengi	2.644.255,90	1.314.867,35	49,7	1.329.388,55	50,3
São Pedro	1.093.673,61	573.904,53	52,5	519.769,08	47,5
São Tomé	1.547.520,59	780.531,59	50,4	766.989,00	49,6
Senador Elói de Souza	-	-	-	-	-
Sítio Novo	1.042.283,50	610.789,44	58,6	431.494,06	41,4
Tangará	-	-	-	-	-
TOTAL	22.954.006,83	12.256.292,90	53,4	10.697.713,93	29,6

Tabela 46. Despesas municipais com saúde na Região da V URSAP – RN, em 2005

Municípios	Despesa c/ Pessoal	%	Investimentos	%	% Rec. EC-29
Barcelona	391.164,61	41,9	18.360,07	2,0	20,21
Bom Jesus	921.493,22	60,9	81.037,82	5,4	20,71
Campo Redondo	301.357,08	20,3	91.368,84	6,1	18,01
Coronel Ezequiel	553.461,49	43,6	30.722,30	2,4	26,97
Jaçanã	771.173,24	56,7	45.258,10	3,3	22,95
Januário Cicco	-	-	-	-	-
Lagoa de Velhos	326.618,96	41,4	1.917,77	0,2	19,92
Lajes Pintada	624.844,03	55,3	4.777,00	0,4	21,32
Pres. Juscelino	599.789,32	48,6	40.092,20	3,2	16,51
Ruy Barbosa	586.463,51	59,7	10.526,55	1,1	19,02
Santa Cruz	2.832.865,02	56,9	153.870,72	3,1	20,34
São Bento do Trairi	443.010,53	46,8	30.887,50	3,3	22,96
São José de Campestre	-	-	-	-	-
São Paulo do Potengi	1.324.607,96	19,6	26.400,92	0,7	22,45
São Pedro	518.818,81	43,8	18.639,00	2,5	16,94
São Tomé	479.217,38	31,0	27.840,60	1,8	17,26
Senador Elói de Souza	-	-	-	-	-
Sítio Novo	595.702,95	57,2	4.802,00	0,5	18,47
Tangará	-	-	-	-	-
TOTAL	11.270.588,11	49,1	586.501,39	2,6	-

VI URSAP

Os municípios localizados na região da VI URSAP-RN foram financiados com 56,1% de recursos próprios e 43,9% de transferências da União. Ao excluirmos o item “despesas com pessoal”, sobraram 28% do total de recursos para serem gastos com o custeio, administração e investimentos no SUS. Mas os recursos regionais alocados para investimentos se estabeleceram num patamar muito baixo, atingindo apenas 3,3%.

Quanto às variações intermunicipais, estas não foram muito grandes. O município de Pau dos Ferros foi o que mais gastou com saúde na região, chegando a 13,5% das despesas totais. Pau dos Ferros (76,3%), São Miguel (69,5%), Alexandria

(61,9%) e Patu (57,8%) foram os municípios que mais gastaram às custas das transferências federais. Por sua vez, Rafael Godeiro (82,3%), Rodolfo Fernandes (81,7%) e Viçosa (80,6%) foram os que mais utilizaram recursos próprios para financiar os seus gastos, bem acima da média percentual da região (62,8%). Com exceção de São Miguel, todos os demais municípios cumpriram as determinações da EC-29 quanto à participação municipal no financiamento do SUS.

Nesta região, o gasto municipal com o item “pessoal” é baixo, sendo a média percentual da ordem de 28,2% em relação ao gasto total. Da mesma forma, os investimentos no SUS foram os mais baixos do estado, sendo a média percentual da região da ordem de 0,3%. Porém alguns municípios se destacam no gasto proporcional com investimentos, como Viçosa (16,7%), Olho d’Água dos Borges (9,9%) e João Dias (9,7%). A maioria desses municípios fazem parte da macrorregião do Alto Oeste, tal como definida no PDR do SUS-RN. A rigor, tais municípios ainda não estão estruturados para constituir uma macrorregião de saúde⁹, necessitando de investimentos para prestar serviços de MAC de forma integrada com a Atenção Básica e as Ações Estratégicas. Chama a atenção o fato de Pau dos Ferros (sede desta macrorregião em estruturação) ter alocado apenas 3,4% de seus recursos em investimentos.

⁹ Ver seção sobre Rede de Atenção à Saúde deste relatório

Tabela 47. Despesas municipais com saúde na Região da VI URSAP – RN, em 2005

Municípios	Despesa Total c/ Saúde	Recursos Próprios	%	Transf. SUS	%
Água Nova	957.834,39	700.972,71	73,2	256.861,68	26,8
Álexandria	1.974.186,22	752.127,59	38,1	1.222.058,63	61,9
Almino Afonso	1.521.297,15	1.190.539,21	78,3	330.757,94	21,7
Antônio Martins	2.130.374,73	1.537.182,75	72,2	593.191,98	27,8
Coronel João Pessoa	1.127.032,27	668.332,78	59,3	458.699,49	40,7
Doutor Severiano	1.451.241,65	793.400,62	54,7	657.841,03	45,3
Encanto	1.423.561,00	867.727,42	61,0	555.833,58	39,0
Francisco Dantas	879.090,60	650.932,42	74,0	228.158,18	26,0
Frutuoso Gomes	1.319.022,82	711.057,13	53,9	607.965,69	46,1
Itaú	1.128.609,73	699.677,01	62,0	428.932,72	38,0
João Dias	831.454,18	616.789,35	74,2	214.664,83	25,8
José da Penha	1.519.242,45	978.498,14	64,4	540.744,31	35,6
Lucrecia	888.312,85	690.717,90	77,8	197.594,95	22,2
Luiz Gomes	-	-	-	-	-
Major Sales	919.193,26	696.931,05	75,8	222.262,21	24,2
Marcelino Vieira	1.313.255,43	669.995,08	51,0	643.260,35	49,0
Martins	-	-	-	-	-
Olho d'Água dos Borges	1.010.977,57	609.414,91	60,3	401.562,66	39,7
Paraná	1.349.375,78	915.666,34	67,9	433.709,44	32,1
Patu	1.876.028,14	792.607,02	42,2	1.083.421,12	57,8
Pau dos Ferros	6.254.694,82	1.484.942,78	23,7	4.769.752,04	76,3
Pilões	1.061.582,39	790.210,34	74,4	271.372,05	25,6
Portalegre	1.356.757,76	637.823,38	47,0	718.934,38	53,0
Rafael Fernandes	1.179.209,42	798.301,01	67,7	380.908,41	32,3
Rafael Godeiro	1.234.058,22	1.015.374,75	82,3	218.683,47	17,7
Riacho da Cruz	762.164,41	498.408,81	65,4	263.755,60	34,6
Riacho de Santana	1.151.299,93	711.207,19	61,8	440.092,74	38,2
Rodolfo Fernandes	1.509.010,29	1.233.078,09	81,7	275.932,20	18,3
São Francisco do Oeste	-	-	-	-	-
São Miguel	3.143.112,95	960.137,71	30,5	2.182.975,24	69,5
Severiano Melo	-	-	-	-	-
Tabuleiro Grande	732.066,17	544.924,59	74,4	187.141,58	25,6
Tenente Ananias	1.615.013,95	909.250,71	56,3	705.763,24	43,7
Umarizal	1.903.266,47	1.158.985,98	60,9	744.280,49	39,1
Viçosa	963.469,47	776.659,67	80,6	186.809,80	19,4
TOTAL	46.485.796,47	26.061.874,44	56,1	20.423.922,03	43,9

Tabela 48. Despesas municipais com saúde na Região da VI URSAP – RN, em 2005

Municípios	Despesa c/ Pessoal	%	Investimentos	%	% Rec. EC-29
Água Nova	301.874,04	31,5	0,00	0	21,75
Alexandria	807.882,69	40,9	7.557,00	0,4	15,11
Almino Afonso	252.388,48	16,6	0,00	0	36,53
Antônio Martins	936.323,06	44,0	125.282,82	5,9	43,32
Coronel João Pessoa	486.557,66	43,2	24.952,00	2,2	20,43
Doutor Severiano	494.188,36	34,1	127.825,20	8,8	23,43
Encanto	481.298,07	33,8	86.252,81	6,1	26,12
Francisco Dantas	127.346,51	14,5	1.020,00	0,1	19,89
Frutuoso Gomes	392.145,13	29,7	2.200,00	0,2	21,57
Itaú	348.454,47	30,9	3.380,00	0,3	21,38
João Dias	159.910,00	19,2	81.050,00	9,7	19,22
José da Penha	203.396,92	13,4	81.751,90	5,4	29,40
Lucrécia	266.908,99	30,0	4.900,00	0,6	21,17
Luiz Gomes	-	-	-	-	-
Major Sales	344.942,08	37,5	0,00	0,0	21,63
Marcelino Vieira	550.656,80	41,9	2.400,00	0,2	19,44
Martins	-	-	-	-	-
Olho d'Água dos Borges	222.845,56	22,0	99.966,38	9,9	18,32
Paraná	346.576,20	25,7	9.727,58	0,7	27,47
Patu	406.305,17	21,7	52.477,35	2,8	16,48
Pau dos Ferros	742.197,60	11,9	214.231,13	3,4	15,75
Pilões	377.578,53	35,6	23.709,00	2,2	24,36
Portalegre	349.861,57	25,8	32.429,44	2,4	18,50
Rafael Fernandes	116.924,13	9,9	0,00	0,0	24,70
Rafael Godeiro	282.737,17	22,9	300,00	0,02	31,50
Riacho da Cruz	141.330,21	18,5	0,00	0	15,22
Riacho de Santana	504.657,75	43,8	2.770,00	0,2	21,49
Rodolfo Fernandes	346.380,79	23,0	79.462,82	5,3	33,66
São Francisco do Oeste	-	-	-	-	-
São Miguel	1.609.756,05	51,2	132.672,81	4,2	13,62
Severiano Melo	-	-	-	-	-
Tabuleiro Grande	159.126,84	21,7	52.255,82	7,1	17,14
Tenente Ananias	824.779,33	51,1	2.648,68	0,2	24,81
Umarizal	399.820,23	21,0	119.669,88	6,3	22,64
Viçosa	71.432,99	7,4	160.730,00	16,7	24,07
TOTAIS	13.056.583,38	28,1	1.531.622,62	3,3	-

Grande Natal

Analisando os gastos com saúde dos municípios da Região Metropolitana, observa-se que eles foram financiados com 64,1% de recursos transferidos pela União e com 35,9% de recursos próprios. Os gastos com o item “pessoal” ultrapassaram o volume de recursos próprios utilizado para financiar a despesa total com saúde da região. Somente os municípios de Ceará-Mirim e Extremoz participaram do financiamento do SUS com um volume de recursos próprios suficiente para pagar suas despesas de pessoal. O nível de investimentos também foi baixo (1,5%), sendo justificado pelo compromisso histórico com a capacidade instalada, que inclui serviços públicos e privados de referência estadual. No caso de Natal, os gastos extras com o pagamento diferenciado a algumas categorias de médicos (anestesiastas, traumato-ortopedistas) pelos serviços prestados ao SUS¹⁰ também contribuem para reduzir as possibilidades de investimento.

Quanto ao comportamento dos gastos, as variações regionais são pequenas, independentemente do volume de recursos alocado pelos municípios. Natal concentra 74,4% dos recursos totais da região, e suas despesas são financiadas predominantemente com recursos de transferências federais (66,1%). Os outros municípios têm o mesmo perfil de gasto da capital, com exceção de Extremoz, onde predominam as despesas pagas com recursos próprios (57,9%). Uma análise histórica da responsabilidade financeira dos gestores municipais com o SUS nos mostra que, progressivamente, os municípios passam a aplicar seus recursos próprios de acordo com a EC-29 (Tabela XVIII). Em 2005, o município de Parnamirim foi o único da região que não

¹⁰ Esse pagamento diferenciado é de 100% do valor pago aos outros profissionais médicos pela Tabela de Procedimentos do SUS.

aplicou seus recursos próprios em saúde de acordo com o que está prescrito na Constituição (Tabela 51). São Gonçalo do Amarante foi o município que mais gastou com o item “pessoal” (69,2%), bem acima da média percentual da região (45,3%). Quanto aos investimentos no SUS, os municípios que se destacam são os de Parnamirim (5,6%) e Macaíba (5%), acima da média percentual de 2,7%.

Tabela 49. Despesas municipais com saúde na Região da Grande Natal – RN, em 2005

Municípios	Despesa Total c/ Saúde	Recursos Próprios	%	Transf. SUS	%
Ceará-Mirim	9.049.353,58	2.990.971,62	33,1	6.058.581,96	66,9
Extremoz	2.602.039,71	1.506.626,57	57,9	1.095.413,14	42,1
Macaíba	9.215.766,73	4.222.198,43	45,8	4.993.568,30	54,2
Natal	159.491.228,81	54.039.111,02	33,9	105.452.117,79	66,1
Parnamirim	23.428.016,52	9.314.707,57	39,8	14.113.308,95	60,2
São Gonçalo do Amarante	10.664.502,83	4.895.551,11	45,9	5.768.951,72	54,1
TOTAL	214.450.908,18	76.969.166,32	35,9	137.481.941,86	64,1

Tabela 50. Despesas municipais com saúde na Região da Grande Natal – RN, em 2005

Municípios	Despesa c/ Pessoal	%	Investimentos	%	% Rec. EC-29
Ceará-Mirim	2.284.669,67	25,2	49.315,98	0,5	17,37
Extremoz	995.899,44	38,3	78.851,79	3,0	16,77
Macaíba	5.110.760,35	55,5	463.095,20	5,0	18,05
Natal	62.378.086,95	39,1	1.161.007,14	0,7	16,34
Parnamirim	10.430.260,77	44,5	1.316.166,32	5,6	11,55
São Gonçalo do Amarante	7.379.477,56	69,2	171.194,51	1,6	16,05
TOTAL	88.579.154,74	41,3	3.239.630,94	1,5	-

Tabela 51. Cálculo de despesa própria em ação e serviços públicos de saúde, 2000 – 2005

MUNICÍPIO	ANO					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CEARÁ-MIRIM	49,21	19,43	20,80	20,20	19,78	17,37
EXTREMOZ	3,69	11,23	21,55	21,77	*	16,77
MACAÍBA	3,83	5,95	12,17	13,43	18,38	18,05
NATAL	12,40	17,51	12,06	16,22	15,59	16,34
PARNAMIRIM	13,59	15,79	21,25	13,04	18,11	11,55
SÃO GONÇALO DO AMARANTE	14,29	11,77	17,01	20,31	21,41	16,05

Fonte: SMS-NATAL/DPI/SIOPS

* Sem informação no SIOPS

Apesar da ausência de dados no SIOPS, é importante lembrar que, ao nível das regiões, o estado ainda mantém serviços próprios (sobretudo hospitais sob sua gerência) e profissionais, que são incluídos nas despesas estaduais. Mesmo aqueles profissionais de saúde que foram colocados à disposição das secretarias municipais de saúde contribuem para o cálculo das despesas estaduais na medida em que estão sob gestão municipal, mas inscritos na folha de pagamentos da SESAP-RN.

5.4.3. A estrutura do financiamento da saúde no RN

Apesar das especificidades do processo de construção do SUS no RN, ao traçar uma fotografia instantânea da situação do seu financiamento no ano de 2005, identificam-se algumas características gerais que permitem observar algumas regularidades, padrões cristalizados no interior do sistema, ao mesmo tempo que pequenas mudanças em pleno processo. Esses elementos do financiamento no RN podem indicar caminhos a

seguir, rearranjos institucionais, sobretudo se orientados por um projeto de mudança da organização dos serviços e de qualificar da gestão e das práticas assistenciais, como o que se vislumbra através da regionalização do sistema de saúde com a constituição de redes integradas de saúde. Entre as características básicas da estrutura do financiamento da saúde no RN, em 2005, destacam-se:

- Um baixo volume de despesas globais com saúde efetivado pelo estado do RN, chegando a R\$ 130,91 per capita/ano;
- Um baixo volume das despesas globais com saúde nos municípios, chegando a R\$ 163,80% per capita/ano (incluídos os gastos com os recursos federais transferidos);
- Uma dependência do estado do RN dos recursos federais para a saúde. Mesmo que 68% das despesas totais tenham sido pagos com recursos próprios, o volume de gastos com “pessoal” foi da ordem de 51%, reduzindo a participação do estado nos gastos com custeio, administração e investimentos no SUS a 17%, que se somam aos 32% das transferências federais;
- Uma dependência dos municípios dos recursos de transferências federais, pois, ao deduzirmos os gastos com pessoal, os 45,1% de gastos com recursos próprios se reduzem a 3,9% dos gastos totais para serem gastos com custeio, administração e investimentos no SUS;
- Um perfil de gastos predominantemente apoiado nas transferências federais nos municípios estratégicos, sedes de macrorregiões: Natal, Mossoró e Caicó;
- Desigualdades regionais com concentração de recursos na região Metropolitana, sobretudo em Natal (32,4%) e, em

menor escala, na região da II URSAP-RN, sobretudo em Mossoró (9,0%). Essas desigualdades podem ser vistas na Figura 14;

- Um padrão de gastos mais marcadamente sustentado por recursos federais encontra-se presente apenas na região da Grande Natal (Figura 16);
- Em todas as regiões de saúde, excluindo-se a Grande Natal, os recursos federais são gastos predominantemente com Atenção Básica;
- Na Grande Natal, os gastos são predominantemente voltados para as ações e serviços de MAC. Esta região oferta 50% desses serviços aos seus municípios, sem contar que os recursos de “Média Complexidade 3” e “Alta Complexidade” destinados aos outros municípios são totalmente drenados para Natal e Mossoró, através da PPI;
- A II URSAP-RN (Mossoró) e a IV URSAP-RN (Caicó) apresentam um perfil de gastos de transição, aumentando a participação das transferências federais no financiamento e os gastos com MAC;
- O estado do RN e quase todos os seus municípios vêm atendendo ao que prescreve a EC-29 quanto ao percentual de aplicação dos recursos próprios no SUS;
- Um baixo nível global de investimentos do estado do RN no SUS, da ordem de 3,9%;

Um baixo nível global de investimentos dos municípios no SUS, da ordem de 3,2%, (Figura 15);

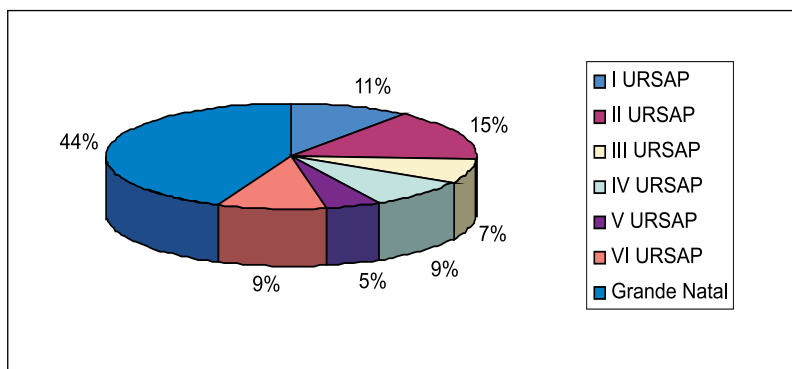


Figura 14. Percentuais de despesas com saúde nas regiões do RN, em 2005

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS, 2006

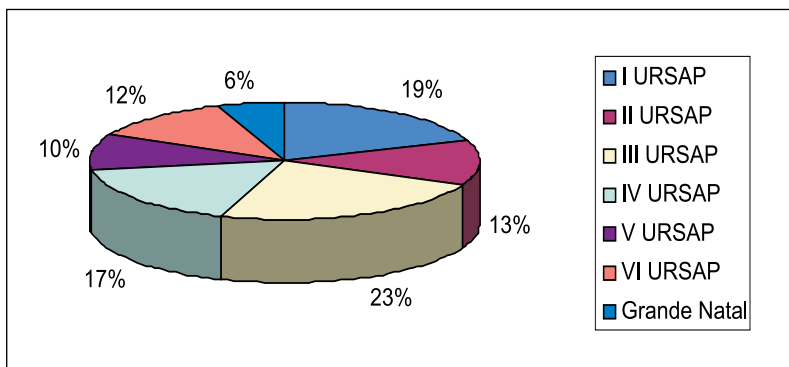


Figura 15. Gastos com Investimento no SUS, nas regiões do RN, em 2005

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS, 2006

Uma análise em profundidade do processo de financiamento envolveria a sua dimensão processual, que não poderia ser captada por um corte instantâneo da realidade. Mas os relatórios de caracterização das regionais de saúde, como também as atas da CIB-RN consultadas indicam a existência de problemas no que concerne ao momento da alocação, com disputas regionais e pressões políticas e corporativas. Por outro lado, a PPI como instrumento de programação da alocação dos recursos pela via da pactuação foi dificultada pela cultura política local e pelo viés tecnocrático das instituições de saúde.

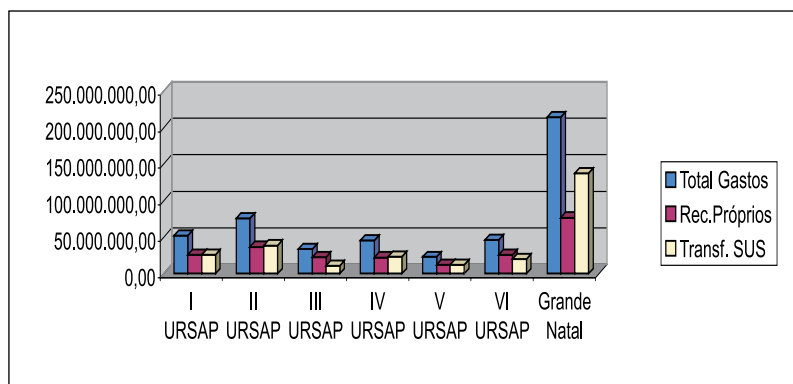


Figura 16. Despesas com saúde nas regiões do RN, em 2005

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS, 2006

5.5 Gestão Inter-governamental e os Processos de Co-gestão no SUS-RN

A democratização da gestão tornou-se um consenso tão inquestionável quanto o que se constituiu em torno da descentralização e é assumida pelo movimento reformista como uma de suas principais bandeiras ideológicas. Considerada por

muitos uma inovação sobre a qual se criaram muitas expectativas relacionadas com as contribuições às mudanças efetivas do SUS, a sua operacionalização tem se tornado um enorme desafio. Apresenta-se, nesta secção do relatório, um diagnóstico da situação atual dos espaços de co-gestão e de pactuação do SUS-RN, onde se procura identificar como estão estruturados, como se dá o funcionamento e a dinâmica dos atores, com o objetivo de avaliar a influência destes nas políticas de saúde e no processo de regionalização em curso ou suas possibilidades concretas de contribuir para as mudanças.

Os espaços de co-gestão considerados para análise foram os conselhos municipais de saúde (CMS) e, como espaços de pactuação, as comissões intermunicipais de saúde (CIS). Para subsidiar o diagnóstico da situação dos conselhos municipais de saúde, usam-se informações contidas nos relatórios das oficinas sobre regionalização ocorridas em 2006 e, nos relatórios de caracterização das regionais de saúde, produzidos no mesmo ano no âmbito do Projeto de Apoio Institucional à Implementação da Regionalização da Saúde no RN de responsabilidade do NESC/UFRN, SESAP e COSEMS/RN. Essas informações foram complementadas com as fornecidas pelos relatórios das Plenárias Regionais de Conselhos Municipais de Saúde de cada URSAP e da Grande Natal, pelo relatório síntese desses encontros realizados de maio a julho de 2006 e relatório final da III Plenária Estadual de Conselhos do RN de agosto de 2006. Foram utilizadas, ainda, como fonte de informação, respostas a um questionário enviado para a sede das regionais e por depoimentos fornecidos por conselheiros durante a 1ª. Reunião, em Natal, da Comissão de coordenação regional de apoio e acompanhamento aos CMS do RN. Também foram consideradas cinco entrevistas semi-estruturadas

com testemunhas-chave (secretária executiva do CMS de Natal, ex-presidentes do Conselho Estadual de secretários municipais de saúde do RN, presidente do Conselho Nacional de Saúde e ex-conselheiro do CMS de Natal e do CES/RN, conselheiro de município da V URSAP e membro do CES). Nas plenárias dos CMS, apesar de alguns municípios não terem enviado um número significativo de representantes, especialmente a II URSAP, considerou-se a presença total nos eventos de 108 municípios, equivalente a 64,7% do total dos municípios do estado, como um número expressivo da maioria, especialmente porque contemplou os de grande, médio e pequeno porte, permitindo-nos a utilização dessa importante fonte de informações. Na verificação da participação de municípios/CMS por URSAP, verificou-se 70,3% dos municípios na I URSAP, 38,4% na II URSAP, 64% na III URSAP, 68% na IV URSAP, 64,9% na V URSAP, 75,6 % na VI URSAP e 83,3% na Grande Natal.

No momento da análise, foram agrupadas as informações em quatro categorias, a saber: Estrutura administrativa; Aspectos organizativo-funcionais; Dinâmica política da ação dos atores; Influência sobre as políticas de saúde e o processo de regionalização.

5.5.1 Estrutura Administrativa

Para a coleta das informações e dados, foram utilizadas subcategorias ou variáveis de natureza qualitativa que pudessem ser mais facilmente encontradas nos documentos e fontes de informações utilizados. Nesse sentido, algumas dessas subcategorias foram retiradas de questionário usado durante as plenárias regionais de CMS do RN de 2006, adaptadas às peculiaridades de cada objeto

e dos objetivos deste trabalho e com algumas respostas checadas por telefone. Na análise, cotejaram-se as informações fornecidas pelos documentos com as entrevistas e os depoimentos. Para analisar a categoria “estrutura administrativa no espaço dos CMS”, empregaram-se as seguintes subcategorias: secretaria executiva e de apoio administrativo; mesa diretora; dotação orçamentária; espaço físico próprio para as atividades e regimento interno. Para a categoria “aspectos organizativo-funcionais dos CMS”, empregaram-se as subcategorias: periodicidade de reuniões; divulgação das reuniões e participação da população; distribuição antecipada da pauta e dos documentos necessários para subsidiar conselheiros com informações sobre o tema; existência de comissões internas; análise e aprovação de orçamento para a saúde e de relatório de gestão da SMS; formas de encaminhamento de denúncias da comunidade; formas de aprovação de resoluções/decisões do CMS. Para a categoria “dinâmica da ação dos atores nos CMS”, empregou-se como sub-categorias: o conhecimento do seu papel de conselheiro; conhecimento do regimento interno do CMS e da legislação; representatividade; capacitação/conhecimento para participar ativamente e influenciar decisões; interesse em participar; comunicação com o segmento/grupo que representa; existência de um ator ou grupo (segmento) que influencia mais as reuniões e decisões do CMS; principais decisões e temas discutidos; formas de acompanhamento das decisões/homologações do CMS e controle da execução das políticas de saúde municipal; existência de algum ou alguns CMS mais atuante(s) na região; existência de algum ou alguns CMS pouco atuante(s) na região e principais obstáculos ao funcionamento do CMS. A categoria “influência sobre as políticas de saúde e o processo de regionalização” constituiu-se como uma categoria-síntese, resultando da análise das anteriores.

Na coleta de dados e informações sobre as CIS, foram utilizados igualmente como fonte os relatórios das oficinas e de caracterização das regionais, o questionário enviado para sede das URSAP, quatro entrevistas com testemunhas privilegiadas (dois gestores municipais, dois ex-presidentes do COSEME/RN), depoimentos de membros de CIS representantes das URSAP colhidos durante Seminário Estadual “O Pacto pela Saúde 2006 e o novo desenho de Regionalização da Saúde no RN”, ocorrido em Natal em 28 de novembro de 2006. No momento da análise, também se cotejaram as informações colhidas nos documentos e questionários com as entrevistas e depoimentos, mas diversamente da forma como trabalhado com os conselhos, para as CIS não foram sistematizadas categorias prévias, simplesmente foram agrupadas as informações segundo a seqüência das respostas ao questionário, que contemplaram aspectos relacionados a organização, funcionamento e dinâmica dos atores.

A análise da estrutura administrativa dos CMS de todas as URSAP e da região da Grande Natal no RN, tomando como base a diversidade de fontes de informações utilizadas pelo presente trabalho, cotejadas com as entrevistas e os depoimentos, mostra que o conjunto das condições básicas para garantir o funcionamento destes espaços de co-gestão encontra-se, com raras exceções, muito incipiente e mesmo em condições precárias. Ressaltam-se a carência, a deficiência ou mesmo a inexistência dos recursos estruturais de apoio administrativo, recursos de infra-estrutura física e material e de recursos financeiros para o funcionamento da maioria desses CMS. Essa situação é evidenciada quando se focalizam, na análise, as subcategorias por região. Na I URSAP, que contou com uma expressiva participação, 70,3% dos municípios enviaram representantes de seus CMS, e apenas 15,7% referem

contar com secretaria executiva. A situação torna-se ainda mais crítica quando se analisa o apoio administrativo existente. Todos os municípios desta regional, mesmo entre aqueles que têm secretaria executiva, afirmam que o apoio administrativo é insuficiente, precário ou inexistente, e esse apoio é condição essencial e básica da estrutura do CMS para a sua existência e funcionamento. A II URSAP mostra um quadro aparente de maior estruturação quando se observam apenas os dados que indicam que todos os municípios presentes têm secretaria executiva nos seus conselhos. No entanto, esses mesmos conselhos enfrentam problemas com o apoio administrativo que consideram inadequado ou precário. Observa-se, portanto, um aparente paradoxo nas respostas; o de ter secretaria executiva e o apoio administrativo ser inadequado ou precário. Cotejando-se essas informações com os depoimentos, estes afirmam que, na maioria das regiões, são raras as situações em que as declaradas secretarias executivas podem ser consideradas como tal. É mais freqüente encontrar um funcionário da SMS ou conselheiro que presta algum apoio ao seu funcionamento sem estar capacitado para desenvolver as funções e sem contar com os recursos necessários de uma efetiva secretaria executiva. Vale salientar que a II regional foi a que teve a menor participação nos eventos das plenárias; apenas 38,4% dos municípios enviaram representantes de seus conselhos. Na III URSAP, encontram-se 43,7% dos CMS com secretaria executiva, apesar da totalidade desses municípios afirmar ter graves deficiências de apoio administrativo e de infraestrutura. Durante as plenárias de saúde, esta região contou com uma participação de 64% do conjunto de todos os municípios que fazem parte da sua jurisdição e mostra uma situação muito semelhante à encontrada na I e II URSAP no que se refere a essas subcategorias que compõem a estrutura administrativa dos CMS.

Na análise da IV URSAP, que contou com uma representação de 68% dos seus CMS nas plenárias, a situação encontrada foi de 41% dos CMS com secretaria executiva, mas com a maioria destes referindo deficiências, precariedade ou mesmo casos de ausência de secretaria e apoio administrativo. A condição da V URSAP, que contou com 64,9% de seus CMS representados, também não se mostrou diferente. Entre esses conselhos municipais de saúde, apenas 38,4% têm secretaria executiva e sem apoio administrativo adequado, enquanto 61,5% referem não ter secretaria executiva nem apoio administrativo. A VI URSAP, regional com maior número de municípios sob sua jurisdição, enviou uma representação expressiva de 75,6% dos seus CMS. Entre esses, 60,7% declaram que têm secretaria executiva sem apoio administrativo adequado, enquanto os demais municípios não contam com nenhum dos dois itens em sua estrutura. A região da Grande Natal possui apenas seis municípios, sendo um deles a capital do estado, Natal, que é o de maior porte, além de Parnamirim e São Gonçalo do Amarante, que também estão entre os de maior população do estado. Além disso, Natal apresenta o primeiro conselho municipal de saúde implantado no RN. Apesar de apresentar um cenário bem heterogêneo entre seus CMS no que se refere a estrutura administrativa, alguns de seus municípios apresentam alguns problemas da mesma natureza que vários outros CMS das URSAP. Natal, apesar de apresentar mais condições estruturais, pois possui secretaria executiva cumprindo seu papel e apoio administrativo, até meados de 2006 dividia a secretaria e os recursos de apoio administrativo com o Conselho de Secretários Municipais do RN, problema que foi solucionado recentemente. Quanto aos outros municípios, somente São Gonçalo e Macaíba declaram ter secretaria executiva, mas com deficiências de equipamentos

e outros itens da infra-estrutura de apoio. Os outros municípios relatam não ter secretaria executiva nem apoio administrativo. Quanto à existência de mesa diretora, percebe-se em todas as regiões que existem muitos CMS que ainda não contam com esse item em sua estrutura. Pelos depoimentos dos conselheiros, tem-se a informação de que em alguns municípios com história de política clientelista, o secretário de saúde e presidente do conselho escolhe e nomeia a sua composição, incluindo a mesa diretora. Quanto à estrutura financeira, verificada através da “existência de Dotação Orçamentária” (DO), a análise das informações é ainda mais reveladora sobre a situação da falta de autonomia desses CMS. Somente Natal dispõe de DO, mas refere não ter autonomia sobre a utilização desses recursos. Os demais municípios não dispõem de recursos de DO próprio, ficando na dependência completa da liberação de recursos das SMS ou Prefeituras para seus gastos. Sobre a situação da estrutura física, verificada pela “existência de espaço físico próprio e adequado para as atividades do CMS”, a análise demonstra que a maioria dos municípios de todas as regiões conta com espaço cedido pelas SMS, que são julgados como inadequados, o que reforça a condição de dependência dos CMS em relação às SMS. Todos os municípios revelam possuir Regimento Interno em seus CMS, mas nas entrevistas foi ressaltado que muitos desses regimentos precisam ser atualizados e cumpridos. Dessa forma, pode-se concluir, com os resultados encontrados que a situação atual revela a grande fragilidade da estrutura administrativa e física dos CMS do RN, condição básica para o funcionamento destes, ressaltando-se especialmente a falta de autonomia da quase totalidade desses espaços de co-gestão, como se pode observar em detalhes no resultado da análise, apresentadas abaixo por URSAP, e de forma sintética na Tabela 52.

Tabela 52. Situação estrutural dos CMS do RN por URSAP, em 2006

Estrutura adm. e organizacional	I URSAP	II URSAP	III URSAP	IV URSAP	V URSAP	VI URSAP	Grande Natal
Possui secretaria executiva	3 municípios	10 municípios	7 municípios	7 municípios	5 municípios	17 municípios	3 municípios
Possui mesa-diretora	8 municípios	7 municípios	10 municípios	10 municípios	4 municípios	5 municípios	3 municípios
Possui dotação orçamentária	Nenhum município	Nenhum município	Nenhum município	Nenhum município, apenas Caicó está aprovando DO	Nenhum município	Nenhum município	Somente Natal tem DO. Demais municípios não têm.
Possui espaço físico próprio e adequado para seu funcionamento	Maioria usa espaço cedido pela SMS que considera inadequado Somente Nísia Floresta tem espaço na casa dos Conselhos	Maioria usa espaço cedido pela SMS que considera inadequado.	Maioria usa espaço cedido pela SMS que considera inadequado Somente Macau tem espaço da casa dos Conselhos.	Maioria usa espaço cedido pela SMS que considera inadequado.	Maioria usa espaço cedido pela SMS que considera inadequado.	Maioria usa espaço cedido pela SMS que considera inadequado.	A maioria dos municípios usam espaço cedido pela SMS que consideram inadequado.
Possui regimento interno *	Todos os municípios	Todos os municípios	Todos os municípios	Todos os municípios	Todos os municípios	Todos os municípios	Todos os municípios

Observação: alguns CMS estão adequando seus regimentos internos de acordo com a Resolução 333/03

5.5.1.1 Estrutura Administrativa por URSAP

I URSAP

- Secretaria executiva e apoio administrativo: a) Possuem secretaria executiva e apoio administrativo insuficiente : Arês, São José do Mipibu, Nísia Floresta. b) Não possuem secretaria executiva e têm apoio administrativo insuficiente: Baía Formosa, Canguaretama, Nova Cruz. c) Não possuem secretaria executiva nem apoio administrativo: demais municípios da região;
- Mesa diretora: a) Possuem mesa diretora: Arês, Brejinho, Canguaretama, Nísia Floresta; Nova Cruz, Monte Alegre, São José do Mipibu, Vera Cruz. b) Não têm mesa diretora: Baía Formosa, Senador Georgino Avelino, Serrinha, Várzea. c) Não sabem informar: demais municípios;
- Dotação orçamentária: Nenhum dos municípios desta região possui DO;
- Espaço físico próprio para as atividades do CMS: A maioria dos CMS usa espaço da SMS, não tem local próprio e adequado. Somente Nísia Floresta usa espaço da Casa dos Conselhos;
- Regimento interno: Todos os municípios dizem possuir regimento interno.

II URSAP

- Secretaria executiva e apoio administrativo: Possuem secretaria executiva, mas apoio administrativo é inadequado ou precário todos os municípios que participaram da plenária de conselhos: Mossoró, Alto do Rodrigues, Assu, Angicos, Carnaubais, Grossos, Porto do Mangue, Paraú, Serra do Mel e Upanema;
- Mesa diretora: a) Possuem mesa diretora: Alto do Rodrigues, Assu, Carnaubais, Grossos, Porto do Mangue, Serra do Mel,

Paraú. b) Não têm mesa diretora: Upanema, Mossoró. c) Não informou: Angicos;

- Dotação orçamentária: Nenhum dos municípios refere ter dotação orçamentária, com exceção de Upanema, mas tal dado não foi confirmado pelas outras fontes de informação;
- Espaço físico para atividades do CMS: Em todos os municípios da região, os CMS funcionam na estrutura das SMS, sem espaço físico próprio ou adequado;
- Regimento interno: Todos os municípios relatam possuir regimento interno.

III URSAP

- Secretaria executiva e apoio administrativo: a) Possuem secretaria executiva, mas têm deficiências no apoio administrativo: Afonso Bezerra, Macau, Parazinho, Pedro Avelino, Pedra Grande, Riachuelo (este refere ter apoio apenas nas reuniões) e Touros. b) Não tem secretaria executiva e tem deficiência ou precariedade de apoio administrativo: João Câmara. c) Não possuem secretaria executiva e apoio administrativo ou não sabem informar: demais municípios da região;
- Mesa diretora: a) Possuem mesa diretora: Afonso Bezerra, Caiçara do Norte, Jandaíra, Jardim de Angicos, Touros, Macau, Parazinho, Poço Branco, Pedra Grande e Taipu. b) Não têm mesa diretora: Riachuelo e Pedro Avelino. c) Não sabem informar: demais municípios da região;
- Dotação orçamentária: A maioria dos municípios relata não ter dotação orçamentária, alguns desconhecem ou não souberam informar;
- Espaço físico para atividades do CMS: O CMS de Macau é o único que tem suas atividades na casa dos Conselhos do

município. Nos demais municípios, os CMS funcionam na estrutura das SMS, sem espaço físico próprio ou adequado;

- Regimento interno: Todos os municípios dizem possuir regimento interno.

IV URSAP

- Secretaria executiva e apoio administrativo: a) Possuem secretaria executiva sem apoio administrativo adequado: Caicó, Currais Novos, Ipueira, Jardim do Seridó, Jucurutu, Santana dos Matos e Serra Negra do Norte. b) Não têm secretaria executiva e não têm apoio administrativo: Bodó, Cruzeta, Cerro-Corrá, Jardim de Piranhas, Santana do Seridó e São João do Sabugi. c) Não informaram ou não sabem: demais municípios;
- Mesa diretora: a) Apresentam mesa diretora: Caicó, Currais Novos, Cruzeta, Ipueira, Jardim do Seridó, Jucurutu, Santana do Seridó, São Fernando, São José do Seridó, São João do Sabugi (mesa diretora foi escolhida pelo gestor). b) Não têm mesa diretora: Carnaúba dos Dantas, Cerro-Corrá, Jardim de Piranhas e Serra Negra do Norte. c) Não informaram ou não sabem: demais municípios da região;
- Dotação orçamentária: a) Possui dotação orçamentária: apenas Caicó diz estar aprovando dotação orçamentária para o CMS. b) Não possuem dotação orçamentária: todos os demais municípios da região;
- Espaço físico para atividades do CMS: A maioria dos municípios relata que as atividades do CMS são realizadas junto à SMS. Somente Caicó tem suas reuniões no auditório da sede da regional, e Santana dos Matos, que funciona nas escolas. Todos reclamam da inadequação do espaço físico para as atividades do CMS;

- Regimento interno: Todos os municípios dizem possuir regimento interno.

V URSAP

- Secretaria executiva e apoio administrativo: a) Possuem secretaria executiva sem apoio administrativo adequado: Campo Redondo, Santa Cruz, Tangará, Serra Caiada, Santa Maria. b) Não têm secretaria executiva nem apoio administrativo: São Paulo do Potengi (um dos conselheiros secretaria e apóia nas reuniões) e demais municípios da região;
- Mesa diretora: a) Apresentam mesa diretora: Bom Jesus, Rui Barbosa, Santa Maria e São Pedro; b) Não têm mesa diretora ou não sabem informar: demais municípios da região;
- Dotação orçamentária: Nenhum dos municípios possui dotação orçamentária;
- Espaço físico para atividades do CMS: A maioria funciona nas SMS, sem espaço próprio ou adequado. O CMS do município de Santa Maria tem suas reuniões na sede das entidades;
- Regimento interno: Todos os municípios relatam possuir regimento interno.

VI URSAP

- Secretaria executiva e apoio administrativo: a) Possuem secretaria executiva sem apoio administrativo adequado: Água Nova, Almino Afonso, Doutor Severiano, Frutuoso Gomes, Itaú, Major Sales, Martins, Olho d'Água dos Borges, Patu, Pau dos Ferros, Porto Alegre, Rafael Godeiro, Riacho da Cruz, São Francisco do Oeste, Serrinha dos Pintos, Severiano Melo, Tabuleiro Grande. b) Não tem secretaria executiva nem apoio administrativo: demais municípios;

- Mesa diretora: a) Apresentam mesa diretora: Almino Afonso, Doutor Severiano, José da Penha, Martins, Olho d'Água dos Borges. b) Não têm mesa diretora: demais municípios da região;
- Dotação orçamentária. Todos os municípios desta região dizem não possuir dotação orçamentária;
- Espaço físico para atividades do CMS. A maioria dos municípios funciona em espaço cedido pela SMS, sem espaço próprio adequado. Tabuleiro Grande funciona junto à prefeitura;
- Regimento interno: Todos os municípios dizem possuir regimento interno.

Grande Natal

- Secretaria executiva e apoio administrativo. a) Apresentam secretaria executiva funcionando adequadamente e têm apoio administrativo, mas com algumas deficiências: São Gonçalo do Amarante, Macaíba e Natal. Em São Gonçalo, a SMS colocou uma funcionária para ficar exclusivamente à disposição da secretaria executiva, mas ainda tem deficiências de equipamentos (computador, gravador, etc). Em Natal a secretária executiva, até poucos meses, acumulava atribuições do CMS e do COSEMS. O espaço, todos os móveis e equipamentos também eram cedidos pelo COSEMS. Depois de setembro de 2006, a situação se regularizou. b) Não têm secretaria executiva nem apoio administrativo: Ceará-Mirim, Parnamirim e Extremoz;
- Mesa diretora: a) Possuem mesa diretora: Macaíba, Natal e São Gonçalo do Amarante. b) Não tem mesa diretora: Ceará-Mirim, Extremoz e Parnamirim;
- Dotação orçamentária. Somente o município de Natal afirma ter destaque orçamentário, mas os depoimentos demonstram

que este CMS não tem autonomia sobre o uso dos recursos e que a liberação depende da secretária de saúde. Os demais municípios relatam não possuir dotação orçamentária;

- Espaço físico para atividades do CMS: A maioria dos municípios da região relatam usar espaço cedido pela SMS, sem espaço próprio. Apenas São Gonçalo do Amarante funciona em espaço próprio da Casa dos Conselhos;
- Regimento interno: Todos os municípios dizem possuir regimento interno.

5.5.2 Aspectos Organizativo-Funcionais dos CMS

A análise dos aspectos organizativo-funcionais dos CMS no conjunto das URSAP e na Grande Natal mostra um retrato dos graves obstáculos que ainda existem para o funcionamento e o cumprimento do papel dos CMS na maioria dos municípios que compõem essas regiões.

Em relação a periodicidade das reuniões, apenas 26% realizam reuniões mensais na I URSAP, enquanto 63,1% não têm periodicidade definida. Na II URSAP, percebe-se que a maioria dos municípios preferem se reunir mensalmente, mas, pelos depoimentos colhidos, tem-se uma realidade em que grande parte dos municípios dessa região não possui calendário nem periodicidade definida, e que em alguns casos as reuniões são convocadas apenas quando o secretário precisa do aval do CMS. Na VI URSAP, a maioria dos CMS se reúne com periodicidade bimestral. Existem regiões onde se encontram municípios cujos conselhos se reúnem com periodicidade diversa: mensal, bimestral e trimestral. Num olhar global, só alguns poucos municípios cumprem calendário e periodicidade. Nos depoimentos, no entanto, foi obtida a informação de que a maioria pouco se reúne.

Nas subcategorias que foram analisadas para o conhecimento da situação atual dos CMS da III URSAP referente aos aspectos organizativo-funcionais, percebe-se que, apesar de essa região apresentar um razoável número de municípios que relatam realizar reuniões mensais (64,7%), essas informações foram questionadas de forma enfática nas entrevistas e depoimentos. Alguns conselheiros ouvidos declararam que a maioria não se reúne e que existem casos extremos, como o de João Câmara, em que as atas são levadas à casa dos conselheiros para serem assinadas. Na IV URSAP, a periodicidade declarada foi de que 76,4% dos seus CMS se reúnem mensalmente, mas ainda há 29,4% dos CMS que não têm periodicidade para se reunir. Da mesma forma que as regiões anteriores, os depoimentos questionam essas respostas e demonstram que muitos desses CMS não têm calendário e que a periodicidade mensal é rara, até pela falta de quórum. Na V URSAP, 69,2 % dos CMS se reúnem mensalmente, mas alguns conselheiros dizem que poucos são os municípios que seguem um calendário. Na VI URSAP, mais da metade, ou seja, 57,1% dizem se reunir bimestralmente, e somente 17,8% relatam que se reúnem mensalmente, sendo que o município de Luiz Gomes declara que tenta cumprir calendário, mas tem dificuldades com o quórum.

Ao analisar-se o conjunto das URSAP, quanto à periodicidade das reuniões dos CMS, verifica-se uma grande diversidade de situações desde periodicidade mensal, bimestral e trimestral, a conselhos que não têm periodicidade ou, em casos extremos, que pouco se reúnem, expressando igualmente a diversidade existente na importância atribuída a esses espaços de co-gestão em cada município. Na Grande Natal, os conselhos de Macaíba, Natal, São Gonçalo do Amarante e Ceará-Mirim reúnem-se mensalmente, sendo que somente Natal e São Gonçalo informaram ter e cumprir calendário. Natal ressalta que realiza muitas reuniões extraordinárias. Os CMS de Parnamirim e de

Extremoz não têm periodicidade para se reunir. No caso de Parnamirim, a situação foi considerada muito grave em algumas entrevistas e depoimentos. Foram denunciadas irregularidades na convocação e na forma de reunir o CMS, sendo referido o fato de a secretária de saúde realizar as reuniões no próprio gabinete, sem convocação prévia. A não sistematicidade de reuniões, sem periodicidade mensal, a ausência de calendário e o problema de quórum mostram a pouca importância atribuída aos CMS na gestão do sistema municipal desse município e de muitos outros no estado.

Retornando às URSAP e analisando a “divulgação das reuniões para a população” e a sua devida participação, percebe-se que os resultados são bastante expressivos da pouca visibilidade destes conselhos junto à população nas cidades de todas as regiões. A quase totalidade dos municípios não realiza divulgação, e a população não comparece. Depoimentos demonstraram que a população não tem interesse em participar, enquanto alguns afirmam que esse desinteresse é resultado da pouca divulgação. No caso do CMS de Natal, mesmo sem muita divulgação, ele conta com participação expressiva da população nas reuniões e vem ganhando crescente visibilidade social por seu trabalho de controle social.

Quanto à distribuição antecipada da pauta e dos documentos necessários aos conselheiros, uma condição mínima indispensável para a atuação informada dos conselheiros, especialmente para a tomada de decisões, observa-se nesta análise que a maioria dos CMS refere ter pauta, mas poucos a recebem antes das reuniões. Quanto à distribuição dos documentos para instruir o exame das questões tratadas, grande parte dos municípios relata não recebê-los, e aqueles que dizem receber informam que esses documentos chegam em cima da hora e muitas vezes não contêm informações suficientes para os conselheiros ou são pouco acessíveis para a compreensão destes.

Neste item, ainda se ressalta o número de municípios que não soube informar sobre a questão, mas na maioria dos CMS refere-se à falta de capacitação dos conselheiros e suas dificuldades de atuar informado. A partir das entrevistas e depoimentos, essa desinformação e a falta de conhecimentos sobre questões específicas do setor saúde trazem consequências negativas à capacidade de agir de forma crítica e independente dos conselheiros que sofrem influência de vários fatores: a baixa escolaridade de muitos conselheiros, a ausência do trabalho de secretaria executiva, falta de interesse de grande parte dos gestores de contar com um CMS informado e com capacidade crítica e autônoma do poder institucional.

A existência de comissão interna foi constatada em poucos CMS, especialmente nas cidades maiores ou mais estruturadas. As comissões internas representam um estágio de amadurecimento dos CMS para aprofundar conhecimentos sobre questões mais complexas ou consideradas de maior dificuldade de compreensão para os conselheiros e servir de apoio para a análise e tomada de decisões. A situação encontrada expressa a falta de interesse da maioria desses CMS em ter mais subsídios e informação sobre temas que exigem dos conselheiros mais recursos de conhecimento para discutir, argumentar e decidir e também a falta de preocupação ou capacitação dos conselheiros para perceber a necessidade de se informar melhor antes de decidir. Ao mesmo tempo, o elevado número de municípios que não soube informar para as duas últimas subcategorias pode ser revelador da baixa capacitação dos conselheiros. Entre todos os CMS, de todas as regiões, poucos fazem análise e aprovação de orçamento para a saúde e de relatório de gestão da SMS com discussão anterior, como ocorre no conselho de Natal, por exemplo. Entre estes, a maioria diz que o orçamento é apresentado pela SMS e aprovado sem muita discussão. Grande parte relata que não analisa nem aprova

orçamento ou relatório de gestão. Muitos municípios informam que os orçamentos são apenas apresentados aos conselheiros para informar, sem ter aprovação. Esse quadro revela que a maioria desses conselhos não tem exercido influência sobre um dos pontos importantes da política de saúde do município. Sobre a existência e formas de encaminhamento de denúncias e demandas da comunidade, a análise mostra que alguns municípios dizem ter denúncias e demandas, mas que poucas são encaminhadas ao CMS, e a maioria não informa se são tomadas as providências. Muitos dos municípios dizem desconhecer denúncias ou demandas, e em alguns, quando existiam, estas eram encaminhadas ao Ministério Público, devido ao desconhecimento da população sobre o CMS. O encaminhamento inexpressivo de denúncias e demandas para os CMS pode significar a pouca visibilidade destes junto à população ou a ineficácia destes em dar respostas. No que diz respeito a “formas de aprovação de resoluções/decisões”, poucos aprovam resoluções importantes com discussão. Entre estes, destaca-se o CMS de Natal. Por outro lado, a grande maioria relata que as questões importantes são aprovadas por necessidade da SMS, sem tempo e informações necessários para a devida apreciação das matérias, enquanto outros não têm conhecimento de o CMS ter aprovado resoluções ou não sabem informar. A totalidade desses conselhos mostra que as formas de aprovação de resoluções são realizadas sem tempo para informação ou que não têm deliberação, o que evidencia a falta de autonomia decisória desses conselhos em relação aos interesses do gestor ou das SMS. Essa situação confirma e reforça o que as questões anteriores já anunciavam: os CMS de todas as regiões, na sua grande maioria, são ainda muito frágeis na sua organização e funcionamento, não cumprindo seu papel de espaço real de co-gestão das políticas de saúde do município, conforme se pode ver em detalhes na análise por URSAP e Grande Natal, que é apresentada a seguir e de forma sintética na Tabela a 53.

Tabela 53. Aspectos organizativo-funcionais dos CMS, por URSAP, em 2005

ASPECTOS ORGANIZATIVO-FUNCIONAIS	I URSAP	II URSAP	III URSAP	IV URSAP	V URSAP	VI URSAP	Grande Natal
Periodicidade Das Reuniões	Mensal: 5 municípios Trimestral: 2 municípios	Mensal: 9 municípios	Mensal: 11 municípios Bimestral: 2 municípios	Mensal: 13 municípios Bimestral: 4 municípios Trimestral: 3 municípios	Mensal: 9 municípios Bimestral: 1 município Trimestral: 1 município	Mensal: 5 municípios Bimestral: 16 municípios Trimestral: 1 município	Mensal: 4 municípios
Divulgação das reuniões para a população e participação	Divulga e conta com participação: 1 município Divulgam as reuniões e não têm participação: 5 municípios Não Divulgam e não contam com participação: demais municípios	Divulgam as reuniões e não têm participação: 3 municípios Não Divulgam e não contam com participação: Demais municípios	Divulga as reuniões e não têm participação: 1 município Não Divulgam e não contam com participação: 9 municípios	Divulgam as reuniões e não têm participação: 6 municípios Não Divulgam e não contam com participação: 9 municípios	Divulgam as reuniões e não têm participação: 7 municípios Não Divulgam e não contam com participação: Demais municípios	Divulgam as reuniões e não têm participação: 6 municípios Não Divulgam e não contam com participação: 17 municípios	Divulgam as reuniões e não têm participação: 1 município Não Divulgam e não contam com participação: 3 municípios Apenas o município de Natal refere ter participação expressiva
Distribuição antecipada da pauta e dos documentos necessários	A maior parte dos municípios diz receber pauta, mas sem antecedência necessária.	8 municípios dizem receber pauta antecipada, porém não recebem outros documentos.	6 municípios dizem receber pauta antecipada mas com documentos insuficientes 8 dizem ter pauta, mas não antecipada	4 municípios dizem receber pauta e documentos antecipados, 10 dizem receber apenas pauta antecipada	10 municípios dizem receber pauta antecipada, nenhum dos municípios faz referência ao recebimento de outros documentos.	5 municípios dizem receber pauta antecipada, 18 municípios dizem ter pauta, mas não antecipada.	4 municípios dizem receber pauta antecipada, a maior parte diz não receber outros documentos antecipados

Tabela 53. Aspectos organizativo-funcionais dos CMS, por URSAP, em 2005 (continuação)

ASPECTOS ORGANIZATIVO-FUNCIONAIS	I URSAP	II URSAP	III URSAP	IV URSAP	V URSAP	VI URSAP	Grande Natal
Existência de Comissões internas	Têm comissões internas: 4 municípios	Têm comissões internas: 3 municípios	Têm comissões internas: 5 municípios	Têm comissões internas: 6 municípios	Têm comissões internas: 2 municípios Têm comissão interna provisória: 5 municípios	Têm comissões internas: 2 municípios	Têm comissões internas: 3 municípios
Análise e aprovação orçamento para a saúde e relatório de gestão da SMS	Aprovam orçamento e relatório: 2 municípios; Aprova o orçamento, mas não o relatório: 1 município Realizam apenas a apresentação do orçamento: 8 municípios	Aprovam o orçamento, mas não o relatório: 5 municípios	Realizam apenas a apresentação do orçamento: 3 municípios	Aprovam o orçamento, mas não o relatório: 5 municípios Realizam apenas a apresentação do orçamento: 7 municípios Realizam apenas a apresentação do relatório de gestão: 2 municípios	Aprovam o orçamento, mas não o relatório: 3 municípios	Aprovam o orçamento, mas não o relatório: 6 municípios Realizam apenas a apresentação do orçamento: 16 municípios	Aprovam orçamento e relatório: 3 municípios

5.5.2.1 Aspectos Organizativo-Funcionais dos CMS por URSAP

I URSAP

- Periodicidade de reuniões: a) Mensal: Arês, Canguaretama, Goianinha, Nísia Floresta, Nova Cruz. b) Trimestral: Várzea e Vila Flor. c) Sem periodicidade: Baía Formosa (ficou 2005 desativado e em 2006 está se reorganizando e realizou duas reuniões); Georgino Avelino (CMS se reúne pouco); Lagoa d'Anta, Serrinha, Vera Cruz, Tibau do Sul, Brejinho, Espírito Santo, Lagoa de Pedras, Lagoa Salgada, Passa e Fica, Pedro Velho. d) Não informaram: demais municípios;
- Divulgação das reuniões para população e participação. a) Há divulgação e participação da população: Goianinha. b) Há divulgação e não têm participação da população: Canguaretama, Lagoa d'Anta (divulgação por rádio local), Nova Cruz, Passa e Fica e Várzea (população não demonstra interesse em participar). c) Não há divulgação (ou é insuficiente) e não têm participação da população: Passagem e Nísia Floresta (têm realizado reuniões para ouvir a comunidade) e demais municípios da região.
- Distribuição antecipada da pauta e dos documentos necessários. a) Tem pauta e não é distribuída com antecipação: A maioria dos municípios relata ter pauta, mas não a recebe com tempo necessário antes das reuniões. b) Não recebe documentos necessários antecipadamente: A maioria diz que os documentos necessários para a análise das questões não são distribuídos em tempo, chegam em cima da hora e não permitem reflexão adequada ou não são acessíveis à compreensão dos conselheiros. c) Não informaram sobre

pauta e documentos: Várzea, Georgino Avelino, Vera Cruz, Passa e Fica, Pedro Velho, Montanhas, Brejinho, Vila Flor.

- Existência de comissões internas; a) Possuem comissões internas: Arês, Canguaretama, Nísia Floresta, São José de Mipibu. b) Não têm comissões internas ou não sabem informar: demais municípios.
- Analisa e aprova orçamento para a saúde e relatório de gestão da SMS. a) Há aprovação de orçamento e de relatório de gestão: Canguaretama e São José de Mipibu (orçamento e relatório de gestão são apresentados de forma simplificada). b) Não há aprovação de orçamento nem de relatório de gestão: Arês, Georgino Avelino, Serrinha, Baía Formosa . c) Há aprovação do orçamento sem aprovação de relatório de gestão: Vera Cruz (orçamento é apresentado ao CMS apenas quando há interesse em SMS de aprovar projetos). d) Orçamento e prestação de contas apenas apresentado para informar CMS: Brejinho, Goianinha, Lagoa d'Anta, Monte Alegre, Nova Cruz, Passa e Fica, Pedro Velho, Várzea. e) Não informaram ou não sabem: Nísia Floresta, Passagem, Tibau do Sul e Vila Flor.
- Formas de encaminhamento de denúncias e demandas da comunidade. a) Há denúncias e são encaminhadas: São José de Mipibu (as denúncias são encaminhadas através dos conselheiros, usuários); Arês (encaminhadas através dos conselheiros ao CMS mas não são tomadas providências); Brejinho e Serrinha (denúncias encaminhadas pelos ACS ao CMS mas não são tomadas providências); Canguaretama (denúncias são feitas quando o CMS leva às reuniões para as comunidades); Goianinha, Nísia Floresta, Nova Cruz e Pedro Velho (denúncias chegam ao CMS encaminhadas formalmente através da SMS, mas poucas são resolvidas); Monte Alegre

- (denúncias são verbais e poucas são encaminhadas e resolvidas).
- b) Desconhecem denúncias e demandas da comunidade: Baía Formosa, Lagoa d'Anta, Várzea. c) Não informaram: Passa e Fica, Passagem, Tibau do Sul, Vera Cruz, Vila Flor e Georgino Avelino.
- Formas de aprovação de resoluções/decisões. a) Questões importantes são aprovadas por necessidade da SMS, sem tempo e informação necessários para apreciação: Arês, Baía Formosa, Monte Alegre, Passa e Fica, Passagem, Várzea, Pedro Velho, Brejinho (os projetos mais importantes para a SMS sempre são aprovados). b) Aprova resoluções passando pela comissão interna para ter mais conhecimento: São José de Mipibu, Nísia Floresta. c) Não tem conhecimento de aprovação de resoluções: Lagoa d'Anta (não temos conhecimento de resoluções e homologações aprovadas pelo CMS), Serrinha (nunca o CMS aprovou resoluções). d) Não informaram ou não souberam: Canguaretama, Goianinha, Nova Cruz, Tibau do Sul, Vera Cruz, Georgino Avelino, Vila Flor.

II URSAP

- Periodicidade de reuniões. a) Mensal: Alto dos Rodrigues, Assu, Angicos, Caraubais, Mossoró, Paraú, Porto do Mangue, Serra do Mel, Upanema. b) Não informou sobre periodicidade: Grossos.
- Divulgação das reuniões para população e participação. a) Há divulgação das reuniões, mas não há participação: Alto do Rodrigues, Angicos (divulgam pela rádio local) e Serra do Mel (divulga reuniões junto às escolas e ao clube de mães). b) Não há divulgação e não têm participação: Mossoró e demais municípios da região revelam não ter participação

- da população e atribuem o fato à falta de divulgação. c) Não informou se tem divulgação e participação: Grossos.
- Distribuição antecipada da pauta e dos documentos necessários. a) Há pauta e é distribuída antecipadamente, mas sem distribuição de documentos: Mossoró, Angicos, Paraú, Upanema, Assu, Carnaubais, Grossos, Serra do Mel. b) Não recebe pauta nem documentos antes das reuniões: Porto Do Mangue. c) Não informou: Alto dos Rodrigues.
 - Existência de comissões internas. a) Possuem comissão interna: Angicos, Upanema e Mossoró (este último refere ter 3 comissões internas para os temas de credenciamento, financiamento e comunicação). b) Não têm comissão interna: Alto do Rodrigues, Assu, Carnaubais, Grossos, Porto do Mangue, Paraú e Serra do Mel;
 - Análise e aprovação de orçamento para a saúde e relatório de gestão da SMS. a) Há aprovação de orçamento sem aprovação de relatório de gestão: Alto do Rodrigues, Angicos (orçamento é apresentado trimestralmente ao CMS), Mossoró (orçamento é apresentado pela equipe técnica e depois avaliado pelo CMS) Porto do Mangue e Upanema. b) Não há aprovação de orçamento nem de relatório de gestão: Assu, Paraú. c) Não informaram ou não sabem se há aprovação de orçamento ou de relatório de gestão. Carnaubais, Grossos e Serra do Mel (orçamento apenas comentado);
 - Formas de encaminhamento de denúncias e demandas da comunidade. a) Há denúncias e são encaminhadas: Alto do Rodrigues (as denúncias são feitas através dos conselheiros e encaminhadas nas reuniões), Upanema (feitas formalmente e encaminhadas para providências), Angicos (denúncias chegam através de outros conselhos municipais, como o conselho

tutelar, são analisadas e encaminhadas), Mossoró (as denúncias são poucas, verbais ou por ofícios, mas a comunidade desconhece para onde encaminhar). b) Há pouca ou nenhuma denúncia: Assu, Paraú (pouca); Grossos e Porto do Mangue (nenhuma).

- Formas de aprovação de resoluções/decisões. a) Já aprovaram algumas resoluções encaminhadas pela SMS, sem tempo e informação necessários para apreciação: Alto do Rodrigues, Carnaubais, Mossoró, Porto do Mangue, Serra do Mel e Upanema. b) Não aprovaram resoluções ou desconhecem: Assu, Angicos, Grossos, Paraú.

III URSAP

- Periodicidade de reuniões. a) Mensal : Afonso Bezerra, Caiçara do Norte, Jardim de Angicos, Parazinho, Poço Branco, Pedra Grande, São Bento do Norte, Ielmo Marinho, Taipu, Touros, Pedro Avelino (mas não há calendário). b) Bimestral: Macau e Riachuelo (tem calendário). c).Sem periodicidade: João Câmara (reuniões convocadas quando necessárias); Jandaíra (tem calendário, mas não é cumprido).
- Divulgação das reuniões para população e participação. a) Há divulgação e pouca participação : Touros (divulgação nos órgãos públicos). b) Não há divulgação e não têm participação: Caiçara do Norte, Macau, Poço Branco, Pedra Grande, Riachuelo, São Bento do Norte, Parazinho, Pedro Avelino, Taipu .c) Não informaram: Afonso Bezerra, Jandaíra, João Câmara, Angicos.
- Distribuição antecipada da pauta e dos documentos necessários. a) Pauta distribuída antecipadamente, mas com documentos insuficientes: Touros, Afonso Bezerra, Angicos,

Macau, Parazinho, Riachuelo. b) Não há distribuição de pauta antecipada nem de documentos: Caiçara do Norte, Jandaíra, João Câmara, Poço Branco, Pedro Avelino, Pedra Grande, São Bento do Norte (a pauta é distribuída durante a reunião), Taipu (não há pauta e é feita apenas convocação aos conselheiros).

- Existência de comissões internas. a) Têm comissão interna: Jandaíra, Pedro Avelino, Pedra Grande, Taipu, Touros. b) Não têm comissão interna: Afonso Pena, Caiçara do Norte, Angicos, João Câmara, Parazinho, Poço Branco, Riachuelo. c) Não souberam informar: São Bento do Norte.
- Análise e aprovação de orçamento para a saúde e relatório de gestão da SMS. a) Orçamento é apresentado em reunião ordinária apenas para informar CMS, mas não o aprovam: Afonso Bezerra, Angicos, São Bento do Norte. b) Não têm apresentação de orçamento: Caiçara do Norte, João Câmara, Macau, Parazinho, Poço Branco, Pedro Avelino, Pedra Grande, Riachuelo, Taipu, Touros. c) Não sabe informar sobre orçamento: Jandaíra. d) Não informaram sobre aprovação de relatório de gestão: todos os municípios.
- Formas de encaminhamento de denúncias e demandas da comunidade. a) Há denúncias e são encaminhadas: Afonso Bezerra e Riachuelo (são expressas verbalmente através dos conselheiros e quando necessárias encaminhadas ao Ministério Público), Caiçara do Norte, São Bento do Norte (são encaminhadas ao CMS através dos conselheiros), Jandaíra e Pedra Grande (encaminhadas aos conselheiros, analisadas no CMS e às vezes levadas à Câmara Municipal), Poço Branco (já houve denúncia da população sobre o PSF e dos profissionais sobre o 13º. salário dos ACS), Taipu (as poucas denúncias que chegam ao CMS vêm através da SMS e da promotoria pública).

- b) As denúncias não passam pelo CMS: Macau (a falta de conhecimento da população dificulta o encaminhamento das denúncias que são levadas diretamente à promotoria pública), Pedro Avelino e João Câmara. c) Não há denúncias: Angicos, Touros;
- Formas de aprovação de resoluções/decisões. a) Já aprovaram algumas resoluções encaminhadas pela SMS, sem tempo e informação necessários para apreciação: Macau, Parazinho, Poço Branco, Pedro Avelino, Taipu, Touros. b) Não aprovaram resoluções ou desconhecem: Afonso Bezerra, Caiçara do Norte, Jandaíra, João Câmara, Angicos, Pedra Grande, Riachuelo, São Bento do Norte.

IV URSAP

- Periodicidade de reuniões. a) Mensal: Acari, Caicó (sem calendário aprovado e pouco quórum), Cerro-Corrá, Cruzeta, Currais Novos, Ipueira, Jardim de Piranhas, Jardim de Seridó, Jucurutu (em recomposição), Santana dos Matos, São José do Seridó, Parelhas, Ouro Branco (reuniões com pouco quórum). b) Bimestral: Carnaúba dos Dantas, Florânia, Equador. c) Trimestral: Santana do Seridó, São Fernando, Serra Negra do Norte. d) Sem periodicidade: Bodó, São João do Sabugi, São Fernando, Tenente Laurentino e Timbaúba dos Batistas.
- Divulgação das reuniões para a população e participação. a) Há divulgação para a população: Acari (por rádio FM local). Caicó (Rádio local), Ipueira (sistema de som), Jardim do Seridó, Santana dos Matos (Rádio FM local), São José do Seridó, Serra Negra do Norte (Rádio local). b) Não há divulgação para a população: Bodó, Carnaúba dos Dantas, Cruzeta, Currais Novos, Jardim de Piranhas, Jucurutu, Santana do Seridó, São

Fernando, São João do Sabugi. c) Há pouca participação da população: Caicó, Currais Novos (só participam quando o assunto é polêmico), Ouro Branco. d) Não há participação da população: Cerro-Corá, Ipueira, Jardim do Seridó, Santana dos Matos, São Fernando, Bodó, Acari, Jardim de Piranhas, Santana do Seridó, São José do Seridó, Serra Negra do Norte, Tenente Laurentino.

- Distribuição antecipada da pauta e dos documentos necessários. a) Possuem pauta e os documentos são distribuídos antecipadamente: Cerro-Corá, Acari, Caicó, Santana do Seridó. b) Têm pauta, que é distribuída antecipadamente, mas sem documentos: Carnaúba dos Dantas, Currais Novos, Ipueira, Jardim de Piranhas, Jardim do Seridó, Jucurutu, Santana dos Matos, São Fernando, São João do Sabugi, Serra Negra do Norte. c) Não mencionam pauta ou documentos: São José do Seridó, Bodó, Tenente Laurentino.
- Existência de comissões internas. a) Possuem comissão interna: Acari, Caicó, Carnaúba dos Dantas, Cruzeta, Ipueira, Jardim do Seridó. b) Não têm comissão interna: Bodó, Cerro-Corá, Currais Novos, Jardim de Piranhas, Jucurutu, Santana do Seridó, São Fernando, São João do Sabugi, São José do Seridó, Serra Negra do Norte, Tenente Laurentino. c) Não informou: Santana dos Matos.
- Análise e aprovação de orçamento para a saúde e relatório de gestão da SMS. a) Já aprovaram orçamento: Acari (é feito um detalhamento do orçamento através da Comissão, que é repassado ao CMS para aprovação), Carnaúba dos Dantas (orçamento é discutido e aprovado em reunião ordinária), Currais Novos (orçamento chega pronto, é analisado e aprovado pelo CMS), Cruzeta (não participa da formulação

do orçamento, mas aprecia e aprova nas reuniões), São Fernando (orçamento é apresentado ao CMS em audiência pública no final do ano). b) Orçamento é apenas apresentado ao CMS para informar, mas não é aprovado: Bodó, Jucurutu, Santana dos Matos, Serra Negra do Norte, Ipueira (as finanças estão à disposição da comunidade para acesso e averiguação), Jardim de Piranhas, Cerro-Corá. c) Não é apresentado orçamento: Caicó, Jardim do Seridó. d) Não informaram sobre orçamento: Santana do Seridó, Tenente Laurentino. e) Relatório de gestão é apenas apresentado ao CMS: Jucurutu, Santana do Seridó. f) Não informam sobre análise e aprovação de relatório de gestão: Acari, Bodó, Caicó, Carnaúba dos Dantas, Cerro-Corá, Cruzeta, Currais Novos, Ipueira, Jardim de Piranhas, Jardim do Seridó, Santana dos Matos, São Fernando, São José do Seridó, Tenente Laurentino.

- Formas de encaminhamento de denúncias e demandas da comunidade. a) Recebem poucas denúncias e demandas e encaminham ao CMS: Em Acari, Caicó, Carnaúba dos Dantas, Cerro-Corá, Cruzeta, Ipueira, Jardim de Piranhas, Jardim do Seridó e Serra Negra do Norte, as denúncias são encaminhadas ao CMS através dos conselheiros. No município de Jucurutu, as denúncias da comunidade são encaminhadas ao presidente do CMS. b) Recebem denúncias verbais feitas através dos ACS: Santana dos Matos. c) Denúncias são poucas ou raras e população não sabe para onde encaminhar: São Fernando e São José do Sabugi (neste município, são feitas à secretaria de vigilância sanitária). d) Não informam sobre denúncias: Bodó, Currais Novos, Santana do Seridó, São José do Seridó, Tenente Laurentino.
- Formas de aprovação de resoluções/decisões. a) Já aprovaram resoluções, encaminhadas pela SMS, mas com pouco tempo e

pouca informação para discutir: Acari, Bodó, Caicó, Carnaúba dos Dantas, Cerro-Corá, Cruzeta; aprovou e homologou): Currais Novos; aprovou e homologou: Ipueira, Jardim de Piranhas, Jardim do Seridó; aprovou e homologou: Santana dos Matos; aprovou e homologou: São Fernando; aprovou e homologou: São João do Sabugi, São José do Seridó. b) Não aprovaram resoluções: Serra Negra do Norte, Tenente Laurentino.

V URSAP

- Periodicidade das reuniões. a) Mensal: Bom Jesus, Campo Redondo, Rui Barbosa, Santa Maria, São José do Campestre, São Paulo do Potengi, Santa Cruz, São Tomé, Tangará. b) Bimestral: São Pedro. c) Trimestral: Lajes Pintadas.
- Divulgação das Reuniões e participação da população. a) Há divulgação das reuniões com pouca participação: Bom Jesus, Campo Redondo (divulgação pela Rádio local); Lajes Pintada (carro de som); Rui Barbosa (carro de som); Santa Maria (cartazes nos Centros de Saúde), São José do Campestre, Santa Cruz (divulga pouco). b) Não há divulgação nem participação: demais municípios da região. c) Não informou: São Tomé.
- Distribuição antecipada das pautas e dos documentos necessários. a) Possuem pauta e distribuem antecipadamente: Bom Jesus, Campo Redondo, Lajes Pintadas, Rui Barbosa, Santa Cruz, Santa Maria, São José do Campestre, São Paulo do Potengi, São Pedro, São Tomé. b) Não informou sobre pauta: Tangará. c) Não relatam receber documentos antecipadamente: todos os municípios.
- Existência de Comissões internas. a) Possuem comissão interna: Bom Jesus, São Paulo do Potengi (apenas uma);

- b) Têm comissão interna provisória (criada quando se faz necessário): Campo Redondo (para elaborar novo regimento); Rui Barbosa, Santa Cruz, Santa Maria, São José do Campestre.
 - c) Não têm comissão interna: São Pedro, São Tomé, Tangará.
 - d) Não soube informar: Lajes Pintadas.
- Análise e aprovação de orçamento para a saúde e relatório de gestão da SMS pelo CMS. a) Há apresentação e aprovação de orçamento pelo CMS: Bom Jesus (a proposta orçamentária é apresentada pela SMS em reunião do CMS, é discutida e aprovada); São José do Campestre (orçamento é apresentado ao CMS, mas sem detalhamento, só para aprovar); Santa Cruz (a proposta já vem pronta, sem discussão prévia, só para aprovar). b) Não há apresentação nem aprovação do orçamento pelo CMS: Rui Barbosa, São Pedro, Tangará, Campo Redondo, Lajes Pintadas. c) Não informaram: São Tomé, São Paulo do Potengi, Santa Maria.
 - Formas de encaminhamento de denúncias e demandas da comunidade. a) Há denúncias e são encaminhadas ao CMS pelos Conselheiros: Bom Jesus; recebe várias denúncias sobre cumprimento dos horários dos profissionais nas unidades; Campo Redondo: encaminhadas pelos conselheiros ao CMS, que sugere criação de ouvidoria; Rui Barbosa, Santa Maria: as entidades levam as denúncias aos conselheiros; São Paulo do Potengi, São Tomé. b) Há denúncias e são encaminhadas à SMS: São José do Campestre (chegam à Câmara Municipal). c) Não há ou quase não há denúncias: Santa Cruz (quase não há denúncias); São Pedro (faltam mecanismos para receber as denúncias e apoio aos denunciantes); Tangará (são poucas e não têm encaminhamentos). d) Não sabe informar: Lajes Pintadas.

- Formas de aprovação de resoluções/ decisões. a) Já aprovou resoluções, mas com pouco tempo e informação: Bom Jesus (aprovou e homologou); Rui Barbosa, Santa Cruz (aprovou várias, mas não foram homologadas e cumpridas); Santa Maria, São José do Campestre, São Pedro, São Tomé, Tangará (apenas alguns conselheiros tem capacidade de discutir ou questionar). b) Não aprovou resoluções/decisões: Campo Redondo, Lajes Pintada. c) Não soube informar: São Paulo do Potengi.

VI URSAP

- Periodicidade das reuniões. a) Mensal: Almino Afonso, Luís Gomes (tentam cumprir calendário mensal, mas têm pouco quórum), Patu, Pau dos Ferros, Umarizal. b) Bimestral: Água Nova, Doutor Severiano, Frutuoso Gomes, João Dias, José da Penha, Major Sales, Martins, Olho d'Água dos Borges, Paraná, Portalegre, Rodolfo Fernandes, Rafael Godeiro, Francisco do Oeste, Serrinha dos Pintos, Severiano Melo, Viçosa. c) Trimestral: Riacho da Cruz. d) Não têm periodicidade: Itaú, Tabuleiro Grande, Venha Ver, Encanto, Francisco Dantas.
- Divulgação das reuniões e participação da população. a) Há Divulgação: Água Nova, Almino Afonso (portarias expostas em locais públicos); Frutuoso Gomes (ofícios e calendários expostos em locais públicos); João Dias (carro de som), Patu (Rádio local), Severiano Melo (Rádio local). b) Não há divulgação das reuniões: Doutor Severiano, Água Nova, Encanto, Itaú, José da Penha, Luís Gomes, Martins, Olho d'Água dos Borges, Paraná, Pau dos Ferros, Portalegre, Rodolfo Fernandes, Rafael Godeiro, Riacho da Cruz, Serrinha dos Pintos e Venha Ver, Tabuleiro Grande. c) Não informaram

sobre divulgação: Major Salles, São Francisco do Oeste. d) Não têm participação da população: todos os municípios da região.

- Distribuição antecipada das pautas dos documentos necessários.
 - a) Possuem pauta e ela é distribuída antecipadamente: Itaú, Major Sales, Patu, Pau dos Ferros, Rodolfo Fernandes. b) Possuem pauta, mas ela não é distribuída antecipadamente: Almino Afonso, Doutor Severiano, Encanto, Frutuoso Gomes, Paraná, Portalegre, Riacho da Cruz, São Francisco do Oeste, Serrinha dos Pintos, Severiano Melo, Tabuleiro Grande, Venha Ver e Viçosa. Água Nova, João Dias, Luís Gomes, Martins e Rafael Godeiro (recebem apenas na hora da reunião). c) Não informa: José da Penha e Olho d'Água dos Borges;
- Existência de Comissões internas. a) Possuem comissão interna: Doutor Severiano e Olho d'Água dos Borges. b) Não têm comissão interna: Água Nova, Almino Afonso, Encanto, Frutuoso Gomes, Itaú, João Dias, José da Penha, Luis Gomes, Major Sales, Martins, Olho d'Água dos Borges, Paraná, Pau dos Ferros, Portalegre, Rodolfo Fernandes, Rafael Godeiro, Riacho da Cruz, São Francisco do Oeste, Serrinha dos Pintos, Severiano Melo, Venha Ver e Viçosa. c) Não informou: Patu.
- Análise e aprovação de orçamento para a saúde e relatório de gestão da SMS pelo CMS. a) Há apresentação e aprovação de orçamento: Água Nova, Doutor Severiano, Patu, Serrinha dos Pintos (nesses municípios, a proposta orçamentária é apresentada pela SMS, discutida e aprovada numa mesma reunião, sem discussão prévia); Venha Ver (a proposta é elaborada pelo executivo e apresentada em reunião do CMS, onde é discutida e aprovada sem discussão anterior), Rodolfo Fernandes (proposta apresentada, discutida e aprovada em

reunião extraordinária da Câmara Municipal com participação do CMS e da população). b) Há apenas apresentação do orçamento, sem discussão e aprovação: Encanto, Frutuoso Gomes, Itaú, João Dias, José da Penha, Luís Gomes, Major Sales, Olho d'Água dos Borges, Paraná, Portalegre, Rafael Godeiro (proposta orçamentária apresentada ao CMS pelo secretário de saúde em reunião ordinária), Riacho da Cruz, São Francisco do Oeste, Severiano Melo, Tabuleiro Grande. c) Não há apresentação de orçamento: Almino Afonso (o orçamento é feito pela SMS, não passa pelo CMS), Martins (ainda não receberam orçamento para aprovar), Pau dos Ferros, Viçosa. d) Não há aprovação de Relatório de gestão da SMS: nenhum dos municípios da região relata análise e aprovação de relatório.

- Formas de encaminhamento de denúncias e demandas da comunidade. a) Há denúncias e demandas e são encaminhadas: Água Nova e Serrinha dos Pintos (encaminhadas ao presidente do CMS); Almino Afonso, Encanto, Frutuoso Gomes, Tabuleiro Grande (são poucas, verbais e encaminhadas aos conselheiros, mas não são respondidas); Portalegre (são poucas e encaminhadas ao poder legislativo ou promotoria pública); Viçosa, Itaú, João Dias (são poucas e encaminhadas diretamente à SMS). b) Não há denúncias ou demandas: Doutor Severiano, José da Penha, Luiz Gomes, Martins, Paraná, Patu, Rodolfo Fernandes (não informou), Rafael Godeiro, Riacho da Cruz, São Francisco do Oeste, Severiano Melo (não informou).
- Formas de aprovação de resoluções/decisões. a) Já aprovou resoluções /decisões: Pau dos Ferros (aprovou e homologou), Martins (aprovou e homologou), Água Nova, Almino Afonso,

Doutor Severiano, Encanto, Frutuoso Gomes, Itaú, João Dias, José da Penha, Luís Gomes, Major Sales, Olho d'Água dos Borges, Portalegre, Rodolfo Fernandes, Rafael Godeiro, São Francisco do Oeste, Serrinha dos Pintos, Tabuleiro Grande e Viçosa (algumas, trazidas pela SMS e sem muito tempo e informação para discussão). b) Não aprovou resoluções: Paraná, Patu, Riacho da Cruz, Severiano Melo, Venha Ver.

Grande Natal

- Periodicidade das reuniões. a) Mensal e com calendário: Natal e São Gonçalo do Amarante. Esses municípios, especialmente Natal, dizem realizar reuniões extraordinárias com frequência. b) Mensal sem calendário: Macaíba e Ceará-Mirim. c) Não têm periodicidade: Extremoz e Parnamirim. Neste último município depoimentos mostram que as reuniões do CMS são realizadas no gabinete da secretária e são convocadas em função dos interesses da gestora;
- Divulgação das reuniões e participação da população. a) Há divulgação das reuniões: Extremoz (divulgação na Rádio local), Macaíba (o calendário é divulgado em prédios públicos), Natal (divulga só para as unidades básicas). b) Não divulgam as reuniões: Ceará-Mirim, Parnamirim e São Gonçalo do Amarante. c) Tem participação da população: Natal refere uma expressiva participação da população nas reuniões, Macaíba tem pouca participação. d) Não têm participação da população: São Gonçalo do Amarante, Parnamirim, Extremoz, Ceará-Mirim.
- Distribuição antecipada das pautas dos documentos necessários. a) Distribuem pauta antecipadamente: Natal, Extremoz, Macaíba, São Gonçalo do Amarante. b) Não distribuem pauta

antecipadamente: Ceará-Mirim e Parnamirim. c) Distribuem documentos necessários antecipadamente: Natal e Macaíba (no CMS de Natal entrevistas referem que nem sempre o material chega em tempo ou é suficiente para informar sobre o assunto, mas os conselheiros só aprovam depois de muita discussão). d) Não distribuem documentos: São Gonçalo do Amarante, Extremoz, Ceará-Mirim, e Parnamirim.

- Existência de comissões internas. a) Possuem comissão interna: São Gonçalo do Amarante; não são muito atuantes: Macaíba e Natal. Neste último município, o CMS tem várias comissões que são criadas de acordo com as necessidades e tem comissões permanentes de acompanhamento e avaliação de projetos, de comunicação e controle social, de orçamento e finanças e de planejamento e avaliações de planos, programas, projetos e convênios. b) Não têm comissão interna: Ceará-Mirim, Extremoz e Parnamirim.
- Análise e aprovação de orçamento para a saúde e relatório de gestão da SMS. a) Há aprovação de orçamento e de relatório de gestão: Natal, São Gonçalo do Amarante e Macaíba. Neste, a proposta orçamentária é feita em plenária e com divulgação na Câmara dos Vereadores. b) Não há aprovação de orçamento nem de relatório de gestão: Ceará-Mirim, Parnamirim e Extremoz.
- Formas de encaminhamento de denúncias e demandas da comunidade. a) Há denúncias e são encaminhadas: Extremoz (as denúncias são encaminhadas pelos conselheiros à SMS para as providências), Macaíba (são poucas, encaminhadas pelos conselheiros e na plenária e forma-se uma comissão para investigação), Natal (existe uma demanda reprimida, mas atualmente recebemos muitas denúncias por telefone,

caixas coletoras nas unidades de saúde, abaixo assinados e nas próprias reuniões líderes comunitários levam denúncias), São Gonçalo do Amarante (são várias as denúncias e encaminhadas para providências). b) Não têm denúncias: Ceará-Mirim e Parnamirim;

- Formas de aprovação de resoluções/decisões. a) Já aprovou resoluções com informação e discussão: o município de Natal diz ter aprovado várias e que poucas não são homologadas e ressalta que atualmente a agenda de temas é previamente discutida. Algumas vezes chegam questões em cima da hora, mas os conselheiros só aprovam se estiverem de acordo. São Gonçalo e Macaíba também relatam ter aprovado várias resoluções, nem todas foram homologadas, mas que há muita discussão antes das aprovações. b) Já aprovaram resoluções sem informação e tempo para discussão: Extremoz e Parnamirim.

5.5.3 Dinâmica Política da Ação dos Atores

Os aspectos considerados para a análise da dinâmica da ação dos atores nos CMS das regiões das seis URSAP e da Grande Natal revelaram e reforçaram o que as duas categorias anteriores já anunciavam. O fato de a quase totalidade dos municípios referirem que os conselheiros não têm conhecimento do seu papel e que sentem necessidade de mais capacitação revela, também, os graves problemas e as limitações que esses conselheiros enfrentam para o exercício de suas funções. A baixa capacidade política de agir da maioria desses atores é, em grande parte, dada pela ausência de acesso aos recursos de conhecimento e informação, centrais ao exercício de sua função de forma ativa, reflexiva e independente do poder da SMS ou das diversas formas de coerção política.

Na maioria dos CMS, os conselheiros desconhecem seu papel, sendo o contexto da I URSAP paradigmático desta situação. Nesta região, chega a 78,9% o percentual dos municípios cujos conselheiros se encontram nessa condição. Às vezes, as informações dadas são contraditórias. Por um lado, afirmam o desconhecimento dos conselheiros quanto ao seu papel; por outro lado, nos mesmos municípios, afirmam que estes conhecem a legislação e o regimento interno dos seus CMS. Essa situação paradoxal em relação à falta de conhecimento sobre o papel de conselheiro e, portanto, de suas atribuições, ao lado do conhecimento dos atores do SUS sobre o regimento interno e a legislação vigente na saúde foi encontrada, em um percentual razoável, em todas as regiões. Declarações realizadas durante as discussões das plenárias e confirmadas pelas entrevistas e depoimentos indicam que o que está sendo respondido como “conhecer regimento” e “legislação” pode significar apenas, em grande parte, que os conselheiros recebem os documentos. Esses mesmos depoimentos afirmam que poucos lêem esses documentos ou os utilizam na sua prática. O representante de Pedro Velho, por exemplo, afirma que os conselheiros de seu CMS recebem cópia de lei e regimento. Mas questiona: “Será que eles conhecem?” Poder-se-ia acrescentar: “Será que compreendem?” Estabelecer essa diferença é importante, pelas suas conseqüências sobre a prática dos conselheiros. Condição que se sabe sofrer influência da escolaridade dos conselheiros e dos seus interesses. Mas, ao analisar as relações dessas informações com as que foram geradas a partir de outras subcategorias como “capacitação/conhecimento dos conselheiros para participar ativamente e influenciar decisões”, entre outras, pode-se afirmar que a maioria não tem capacidade para fazer uso dessas informações na sua atuação dentro do CMS.

É importante também ressaltar que a II URSAP foi a que teve menor participação nas plenárias de CMS, contando com apenas 38,4% desses conselhos. Essa presença inexpressiva demonstra uma falta de interesse

do conjunto dos municípios dessa regional em participar de eventos e espaços institucionalizados de co-gestão, favorecendo a formação de redes inter-regionais de conselhos e a sua Qualificar institucional. Da mesma forma, essa regional mostrou uma baixíssima participação nas oficinas regionais para discutir o processo de regionalização. Mas foi possível, com as respostas dadas ao questionário aplicado durante as plenárias regionais e ao questionário enviado pelo NESC à sede desta regional, além das entrevistas realizadas, perceber que os CMS desta URSAP enfrentam, da mesma forma que os conselhos de outras regiões, sérios problemas em todos os aspectos relacionados à dinâmica política dos atores. A ausência de representatividade dos conselheiros é uma outra questão que mostrou ser um problema grave em quase todos os CMS, em especial nos municípios da II URSAP-RN. Esse problema que acontece na maioria dos conselhos municipais de saúde brasileiros produz conseqüências negativas para a visibilidade destes na sociedade. Se grande parte dos membros dos CMS não são representativos, não mantêm uma boa comunicação com a base ou segmento que estão representando, as questões discutidas nesses conselhos passam a não ter repercussão e legitimidade fora desse espaço.

Ao analisar-se a comunicação dos conselheiros com os segmentos representados, esta é considerada muito baixa ou inexistente na maioria dos conselhos de todas as regiões. Esses CMS enfrentam graves obstáculos para obter reconhecimento social. Essa situação de falta de representatividade se agrava quando associada à falta ou insuficiência de “capacitação/conhecimento dos conselheiros para participar ativamente e influenciar decisões”. Essa condição é rara entre os municípios do RN, sendo o CMS de Natal um exemplo desses conselhos que contam com membros aptos para a participação, mesmo reconhecendo a necessidade de uma maior capacitação. Durante as plenárias regionais dos CMS, vários conselheiros foram enfáticos ao dizer que “falta muita informação” e solicitam orientação

e capacitação. É flagrante a restrita possibilidade de atuação política autônoma desses CMS, na sua grande maioria. Como foi informada em outra sessão, em alguns municípios, o Livro de Atas é passado na residência dos membros do Conselho. Em outros, as plenárias cumprem uma formalidade apenas para aprovar as determinações dos gestores. Esse fato é relacionado a alguns fatores, dentre eles, a “politicagem” existente nos municípios de interior, o medo de ser perseguido, rotatividade alta e nível de escolaridade baixo dos conselheiros, falta de capacitação destes e de alguns gestores. A probabilidade de esses CMS estarem cumprindo apenas uma formalidade burocrática exigida pela legislação sanitária, e em especial pela exigência do MS para os repasses financeiros, é muito grande. A análise das demais subcategorias reforçam essa impressão. O interesse e o compromisso para participar do CMS mostraram que a maioria dos conselheiros não se compromete e não demonstra interesse de participar do CMS em todas as regiões. Esse fato corrobora a possibilidade de esses CMS estarem cumprindo apenas uma formalidade, especialmente quando se analisa a existência de um ator ou grupo que se destaca e que influencia mais nas reuniões e decisões. Do total de municípios analisados, vários disseram que o secretário de saúde ou representante da SMS era o ator que mais influenciava as reuniões e decisões. Poucos relataram que todos os segmentos de atores influenciam igualmente. Pelos depoimentos tem-se que, mesmo nos conselhos mais atuantes, os segmentos representados necessitam de lideranças. Desta forma, a maioria desses atores, sem capacidade política reflexiva para ter uma atuação efetiva na gestão, são facilmente influenciados pelo gestor e por seus recursos de autoridade. Assim, conclui-se que esses conselheiros e os CMS não têm capacidade para influenciar as decisões ou contribuir para a política de saúde de seus municípios. Na análise

das principais decisões e temas discutidos no conjunto dos CMS de todas as regiões, pode-se identificar que na maioria dos municípios, especialmente nos menores, são questões referentes a aspectos básicos do funcionamento e da organização dos serviços, problemas de frequência e cumprimento de horários dos médicos, contratação dos profissionais do PSF, dificuldades de acesso aos exames complementares e aos medicamentos, aprovação dos instrumentos de programação exigidos pelo Ministério da Saúde para garantir os repasses de recursos financeiros (PPI, Plano municipal de saúde, PDI, etc). Aparecem também questões relacionadas à estruturação dos CMS e demandas por capacitação dos conselheiros e sua participação em eventos. Entre os CMS de municípios maiores ou que são pólos, referência para outros municípios, além dos mesmos temas, aparecem mais frequentemente questões relacionadas a financiamento de serviços e aprovação de contrato para compra de serviços de média e alta complexidade. Além desses temas, aparece também prestação de contas, assistência farmacêutica e outros projetos e convênios que devem ser aprovados.

Pelos depoimentos e entrevistas, tem-se que nesses municípios encontram-se também alguns dos poucos CMS mais atuantes, apresentando uma característica que os difere dos demais: enquanto a maioria tem pouca independência e capacidade política de decidir de forma reflexiva, nestes chama a atenção a forte oposição entre conselheiros e gestores. As reuniões, em geral, acontecem com muito enfrentamento e, como diz um dos entrevistados: “O exercício do controle predomina sobre o da formulação, da co-gestão...existe pouca disposição para a negociação”. Quando se passa a analisar a categoria “formas de acompanhamento das decisões/homologações do CMS”, nenhum dos municípios apresenta mecanismos de acompanhamento das decisões e homologações dos conselhos, e

no item “controle da execução das políticas de saúde”, somente o município de São Gonçalo do Amarante refere que conselheiros exercem ativamente o controle da execução das políticas de saúde, de forma mais competente do que propõem ou contribuem para a sua construção. Quando se analisam os questionários enviados para as URSAP para identificar os CMS mais atuantes, percebe-se pelo cotejamento dessas informações com as outras fontes utilizadas que entre os que foram apontados como mais atuantes estão os CMS que contemplam mais condições favoráveis em relação às três dimensões: situação da estrutura administrativa, aspectos organizativo-funcionais e a dinâmica política da ação dos atores. A partir desses critérios, verifica-se que apenas Natal reúne condições estruturais e de capacidade dos atores para ter uma atuação um pouco mais ativa; os demais, mesmo se destacando em suas regiões, ainda apresentam limitações. Por outro lado, percebe-se um movimento na direção de superar essas dificuldades entre vários desses conselhos, como é o caso de Macaíba, São Gonçalo do Amarante e Caicó, o que reforça a idéia de que esses espaços precisam associar recursos estruturantes e acesso dos atores a recursos que os capacitem para uma ação política reflexiva e transformadora.

Quanto aos principais obstáculos ao funcionamento dos CMS, as informações que aparecem nos depoimentos e entrevistas também referem muitos pontos em comum, como a falta de estrutura física, material e financeira associada à falta de capacitação dos conselheiros e o desinteresse pela função, que se agravam com a resistência dos gestores a aceitar o CMS na co-gestão das políticas de saúde de seu município e a influência da política local. Nos municípios com CMS mais atuantes, um dos obstáculos que aparecem em alguns deles é a posição de forte enfrentamento que impossibilita o CMS contribuir mais efetivamente para as mudanças nas políticas de saúde municipal.

A análise da situação dos CMS das URSAP e Grande Natal termina com as respostas dadas pelos técnicos da sede das regionais ao item do questionário sobre a questão dos principais obstáculos ao funcionamento desses conselhos. Neste momento, esses atores regionais mostraram-se capazes de apontar, de forma sintética e objetiva, os nós críticos que contemplam elementos que são estruturantes para os CMS se transformarem em efetivos espaços de co-gestão, a saber:

- Precárias condições de estrutura física, material e financeira, de apoio administrativo e técnico;
- Ausência de consciência cidadã no nível individual e de grupo, aliada à falta de responsabilidade social e pouco investimento dos gestores com estas novas formas de gestão;
- Necessidade de capacitar os atores para o agir político nos CMS.

Os resultados da análise desta categoria da dinâmica política dos atores podem ser observados em maiores detalhes na descrição das subcategorias na tabela constante do (anexo 1).

5.5.3.1 Dinâmica Política da Ação dos Atores por URSAP

I URSAP

- Conhecimento do papel do conselheiro: a) Conhecem seu papel de conselheiro: São José de Mipibu, Nísia Floresta, Canguaretama e Arês (a maioria conhece seu papel, mas sente necessidade de mais capacitações). b) Não conhecem seu papel de conselheiro: demais municípios da região (alegam ainda que falta estímulo e divulgação junto à população).

- Conhecimento do regimento interno do CMS e legislação sanitária: a) Conhecem regimento interno do seu CMS e legislação sanitária: Brejinho, Canguaretama, Lagoa d'Anta, Nísia Floresta, Nova Cruz, São José de Mipibu, Várzea. b) Conhece só legislação sanitária: Passa e Fica. c) Não conhecem regimento interno nem legislação sanitária: os demais municípios.
- Representatividade: Todos os CMS relatam ter problemas de representatividade em algum dos segmentos, especialmente dos usuários.
- Capacitação/conhecimento para participar ativamente e influenciar decisões: a) Têm capacitação e conhecimento para participar ativamente e influenciar decisões: São José de Mipibu e Nísia Floresta (conselheiros têm alguma capacidade de participar e influenciar decisões, mas reconhecem que é preciso haver mais cursos de capacitação para melhorar a consciência cidadã deles). b) Não têm capacidade nem conhecimento para participar ativamente e influenciar decisões: os demais municípios da região.
- Interesse e compromisso para participar dos conselhos: a) Têm interesse e compromisso: Nísia Floresta, São José de Mipibu, Arês, Baía Formosa, Canguaretama (informam que existem diferenças internas quanto ao interesse e compromisso dos conselheiros. Alguns são mais interessados que outros). b) Não têm interesse e compromisso para participar do CMS: os demais municípios da região.
- Comunicação com o segmento/grupo que representa: A falta de discussão e comunicação adequada dos representantes com os segmentos é um problema comum aos CMS de todos os municípios da região, com maior ou menor gravidade.

- Existência de um ator ou grupo de representantes que se destaca(m) e influenciam mais as reuniões e decisões: a) Secretário de saúde ou representantes governamentais se destaca(m) e influencia(m) mais nas reuniões e decisões: Lagoa d'Anta, Vera Cruz, Várzea, Vila Flor, Tibau do Sul, Brejinho, Monte Alegre, Passa e Fica, Georgino Avelino, Pedro Velho, Passagem, Serrinha, Goianinha, Canguaretama e Nova Cruz. Conforme os depoimentos, em alguns desses municípios, as decisões legitimam interesses do gestor. b) Todos influenciam igualmente: São José de Mipibu, Nísia Floresta, Arês e Baía Formosa.
- Principais decisões e temas discutidos: Problemas do funcionamento dos serviços e dificuldades de acesso à rede de serviços de média e alta complexidade; problema na contratação e fixação dos profissionais para o PSF; PPI; Plano municipal de saúde; Reorganização interna do CMS; Assistência farmacêutica básica; Conferência de gestão do trabalho; Cursos de capacitação dos conselheiros e participação em eventos; Aprovação de convênios e projetos para captar recursos; Melhoria da infra-estrutura das unidades de saúde; Mudança de condição de gestão; Prestação de contas.
- Formas de acompanhamento das decisões/homologações do CMS e controle da execução das Políticas de Saúde: nenhum município acompanha as decisões e homologações.
- Existência de algum ou alguns CMS mais atuantes na região (de acordo com parecer da URSAP); São José de Mipibu, Nísia Floresta, Arês, Canguaretama e Nova Cruz.
- Existência de algum ou alguns CMS pouco atuantes e que cumprem apenas uma formalidade legal (de acordo com parecer dos entrevistados e representantes da I URSAP):

Brejinho, Espírito Santo, Passa e Fica, Passagem, Tibau do Sul, Georgino Avelino, Serrinha, Várzea, Vera Cruz, Vila Flor, Lagoa de Pedras, Lagoa Salgada, Montanhas, Monte Alegre e Pedro Velho.

- Principais obstáculos ao funcionamento dos CMS da região: Falta de estrutura física, material e financeira adequada para os CMS, ausência de secretarias executivas, falta de consciência cidadã dos conselheiros e das entidades, falta de incentivo dos gestores e de capacitação dos conselheiros.

II URSAP

- Conhecimento do papel do conselheiro: a) Conhece seu papel de conselheiro: Mossoró (o nível dos conselheiros é bom, mas há alguns que ainda não conhecem seu papel). b) Não conhece seu papel de conselheiro: Assu (falta interesse dos conselheiros e desconhecem seu papel), Angicos, Porto do Mangue, Paraú, Serra do Mel, Upanema (falta de compromisso e desconhecimento dos conselheiros sobre o seu papel), Carnaubais.
- Conhecimento do regimento interno do CMS e legislação sanitária. a) Conhecem regimento e legislação: Alto do Rodrigues, Angicos, Porto do Mangue, Serra do Mel, Mossoró. b) Não conhecem regimento e legislação: Assu, Paraú, Upanema, Carnaubais. c) Não sabe informar: Grossos.
- Representatividade: Todos os CMS da região referem ter problemas na representatividade, especialmente no segmento de usuários e de profissionais.
- Capacitação/conhecimento para participar ativamente e influenciar decisões: Todos os CMS da região dizem enfrentar dificuldades com a capacitação dos conselheiros que

permitam uma participação ativa e demandam capacitações sistemáticas.

- Interesse e compromisso para participar dos conselhos: A falta de interesse e compromisso de alguns conselheiros é presente em maior ou menor grau em todos os municípios e é relacionada à falta de divulgação sobre o CMS e à falta de conhecimento sobre o direito à saúde pela população.
- Comunicação com o segmento/grupo que representa: Todos os CMS relatam que os conselheiros têm pouca comunicação com o segmento que representam.
- Principais decisões e temas discutidos: Problemas da organização e funcionamento dos serviços (cumprimento de horário dos profissionais nas unidades, falta de medicamentos, dificuldades de acesso a exames e consultas especializadas), reorganização interna do CMS, farmácia básica, PPI, prestação de contas, forma de contratação dos profissionais do PSF, compra de equipamentos para unidades, pacto da atenção básica, qualidade dos serviços contratados.
- Formas de acompanhamento das decisões/homologações do CMS e controle da execução das Políticas de Saúde: a) Não acompanham decisões e homologações: todos os municípios da região. b) Atua no controle da execução das Políticas de Saúde: Serra do Mel só acompanha a Política de RH através dos representantes dos profissionais. Grossos relata atuar no controle da execução da política, mas com muita dificuldade, Alto do Rodrigues diz ter controle sobre a Política de RH, Angicos diz participar de forma parcial em função do interesse dos conselheiros sobre a questão. c) Não atuam no controle: Porto do Mangue, Paraú, Upanema, Carnaubais, Mossoró, Assu. d) Não informou: Upanema.

- Existência de algum ou alguns CMS mais atuantes na região: Mossoró, Assu.
- Existência de algum ou alguns CMS pouco atuantes: A maioria da região.
- Principais obstáculos ao funcionamento dos CMS da região: Falta de interesse e compromisso dos conselheiros, resistência dos gestores a aceitar o papel do CMS, falta de secretarias executivas, falta de estrutura física e material adequada, falta de orçamento para o CMS, falta de capacitação dos conselheiros.

III URSAP

- Conhecimento do papel do conselheiro: a) Conhece seu papel: Touros (alguns poucos conselheiros conhecem seu papel e tornam-se lideranças, mas falta capacitação para a maioria). b) Não conhece seu papel: João Câmara (conselheiros queixam-se da falta de conhecimento de seu real papel, de capacitação e respaldo para sua atuação); Macau (precisa melhorar conhecimento dos conselheiros); Pedro Avelino (conselheiros não têm capacitação, o que dificulta o funcionamento do CMS); Pedra Grande (despreparo e desconhecimento do seu papel são tão grandes que eles não sabiam responder ao formulário) e demais municípios da região.
- Conhecimento do regimento interno do CMS e legislação sanitária. a) Possuem conhecimento do regimento e legislação: Afonso Bezerra, Caiçara do Norte, Jandaíra, Jardim de Angicos, Macau e Parazinho referem que conselheiros receberam regimento e legislação, mas que poucos demonstram ter conhecimento. b) Não têm conhecimento: João Câmara, Poço Branco, Pedra Grande, São Bento do Norte e Taipu.

- Representatividade: Todos os municípios referem ter problemas de representatividade.
- Capacitação/conhecimento para participar ativamente e influenciar decisões: Todos os municípios da região enfrentam problemas com a falta de capacitação e de conhecimento da maioria dos conselheiros para participar ativamente e influenciar decisões.
- Interesse e compromisso para participar dos conselhos: Todos os municípios relatam que o interesse e o compromisso existem em alguns poucos conselheiros, mas que na grande maioria e em todos os CMS o que predomina é a falta de interesse e de compromisso.
- Comunicação com o segmento/grupo que representa: Todos os CMS da região apresentam falta ou deficiência na comunicação do conselheiro com o segmento que representa.
- Principais decisões e temas discutidos: Problemas de funcionamento das unidades básicas, aprovação dos indicadores do Pacto, ampliação do PSF, dificuldades de encaminhamento dos problemas de média e alta complexidade, plano municipal de saúde, assistência farmacêutica, informações sobre a saúde, distribuição do teto das AIH e da média complexidade entre as unidades de saúde, aprovação de convênios e prestação de contas.
- Formas de acompanhamento das decisões/homologações do CMS e controle da execução das Políticas de Saúde: a) Não acompanham nem controlam: Afonso Bezerra, Caiçara do Norte, João Câmara, Macau, Parazinho, Poço Branco, Pedro Avelino, Riachuelo, Taipu, Angicos. b) Acompanha e controla: Touros diz acompanhar decisões e controlar execução das Políticas de saúde. c) Não informaram ou não sabem: Jandaíra, São Bento do Norte.

- Existência de algum ou alguns CMS mais atuante(s) na região: Touros.
- Existência de algum ou alguns CMS pouco atuante (s). Pelos depoimentos é a regional que enfrenta mais dificuldades com o funcionamento dos CMS. A maioria é pouco atuante, cumpre apenas uma formalidade burocrática. Destaca-se João Câmara, onde as irregularidades são inúmeras (há denúncias de que a votação é secreta e que o livro de atas, desde que tenha interesse do gestor em aprovar algo, é levado à casa dos conselheiros para ser assinada).
- Principais obstáculos ao funcionamento dos CMS da região: Falta de estrutura física, material e de apoio administrativo, especialmente de secretaria executiva, falta de orçamento para o CMS, falta de capacitação e conhecimento dos conselheiros para exercer seu papel, falta de conhecimento e capacitação dos gestores que na grande maioria quem o CMS para legitimar suas decisões, influência da política partidária.

IV URSAP

- Conhecimento do papel do conselheiro: a) Conhece papel do conselheiro: Caicó refere que parte dos conselheiros de seu CMS conhece seu papel, mas que existem conselheiros que não têm conhecimento adequado. b) Não conhecem o papel do conselheiro: demais municípios da região.
- Conhecimento do regimento interno do CMS e legislação sanitária: Tem conhecimento do regimento e legislação: todos referem ter conhecimento do regimento e da legislação, mas dizem faltar incentivo dos gestores.
- Representatividade: Todos os CMS da região enfrentam problemas de algum tipo com a questão da representatividade,

que varia de acordo com o segmento. Pelos depoimentos, o segmento usuários é o que mais apresenta problemas.

- Capacitação/conhecimento para participar ativamente e influenciar decisões: a) Tem capacitação e conhecimento: Caicó refere que maioria dos seus conselheiros tem, mas que alguns ainda precisam para atuar melhor. b) Não têm capacitação nem conhecimento: Bodó, Cruzeta, Jardim de Piranhas, Currais Novos e demais municípios da região consideram este aspecto um dos principais problemas para que o funcionamento do CMS seja melhor;
- Interesse e compromisso para participar dos conselhos: A falta de interesse e de compromisso é presente em maior ou menor grau, em todos os CMS dos municípios da região, mas todos dizem que existe em alguns CMS uma minoria de conselheiros que mostra interesse e compromisso e que se tornam lideranças.
- Comunicação com o segmento/grupo que representa: Todos os CMS da região enfrentam problemas de representatividade.
- Principais decisões e temas discutidos: Adequação dos CMS à lei 333/03; melhorias na saúde da população; problemas de funcionamento dos serviços de saúde; assistência farmacêutica básica; melhoria do abastecimento e da qualidade da água e das habitações (projeto FUNASA); PSF e PAC; PPI, Pacto da atenção Básica, mudança de condição de gestão, saúde mental e saúde oral (Caps e Ceo), repasse financeiro para SMS, distribuição dos tetos para AIH e para média complexidade entre as unidades, aprovação de convênios e credenciamentos de serviços, aprovação de projetos junto ao MS e FNS, Vigilância à saúde, cursos de Qualificar dos conselheiros e participação em eventos, regularização dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de endemias.

- Formas de acompanhamento das decisões/homologações do CMS e controle da execução das Políticas de Saúde: A maioria dos municípios diz ter atuação incipiente no acompanhamento das decisões e da execução das políticas de saúde. Bodó e Tenente Laurentino não acompanham decisões nem controlam a execução das Políticas de Saúde. Caicó pede aos gestores que sejam mais transparentes em aceitar a participação do CMS nas Políticas de Saúde.
- Existência de algum ou alguns CMS mais atuantes na região: Caicó.
- Existência de algum ou alguns CMS pouco atuantes: Os demais CMS são considerados pouco atuantes, conforme os depoimentos dos entrevistados, destacando-se como menos atuantes os CMS de Bodó e Tenente Laurentino.
- Principais obstáculos ao funcionamento dos CMS na região: Ausência de espaço próprio para o CMS com equipamentos necessários (computador, gravador, etc), ausência de orçamento para o CMS que permita custear as despesas, especialmente as de deslocamento de conselheiros para participar de eventos. Falta de preparo e de informação de grande parte dos conselheiros associada à falta de compromisso. Poucos meios de divulgação das reuniões e da função do CMS, pouca representatividade e comunicação entre os conselheiros, não cumprimento da agenda, alguns conselheiros que são quase vitalícios e pouca participação nas reuniões. Pelos depoimentos, o controle social dos CMS da região foi considerado como bastante incipiente, faltando capacitação para que os conselheiros adquiram consciência crítica sob o seu papel e possam ter uma maior atuação face às políticas de saúde de seus municípios.

V URSAP

- Conhecimento do papel do conselheiro: Dos 21 municípios da V URSAP, mais de 50% dos CMS têm conselheiros que desconhecem seu papel.
- Conhecimento do regimento interno do CMS e legislação sanitária: Não tem conhecimento do regimento interno e da legislação: A maioria refere que os regimentos e legislação são distribuídos, mas que poucos têm conhecimento sobre seus conteúdos.
- Representatividade: em todos os CMS da região a questão da representatividade é um problema presente.
- Capacitação/conhecimento para participar ativamente e influenciar decisões: Na maioria dos CMS da região, os conselheiros não têm capacitação e conhecimento para participar ativamente.
- Interesse e compromisso para participar dos conselhos: O interesse e o compromisso são uma característica de poucos conselheiros de alguns CMS mais atuantes. A maioria não tem interesse e compromisso.
- Comunicação com o segmento/grupo que representa: Não há comunicação ou ela é deficiente entre os conselheiros e o segmento que representam.
- Formas de acompanhamento das decisões/homologações do CMS e controle da execução das Políticas de Saúde: A maioria dos municípios refere ter atuação incipiente no acompanhamento das decisões e da execução das políticas de saúde.
- Principais decisões e temas discutidos: Aprovação da PPI e de suas metas, do Plano Municipal de Saúde, do Plano de Assistência Farmacêutica, informações sobre Saúde,

aprovação de projetos e prestação de contas, compra de equipamentos de uso hospitalar e ambulatorial (RX, caminhão de lixo, ambulância, etc), contratação de profissionais para o PSF, aprovação de convênios, Regionalização, Atenção Básica, Educação em saúde, problemas municipais ligados à vigilância sanitária, construção de adutora e revitalização das ações de saúde bucal, saúde mental e criação de Caps na região, aprovação de mudança de condição de gestão de alguns municípios e encaminhamentos para CIB.

- Existência de algum ou alguns CMS mais atuantes na região: Campo Redondo, Serra Caiada, Santa Cruz e Tangará (estes dois últimos estão em fase de reorganização).
- Existência de algum ou alguns CMS pouco atuantes: Os depoimentos demonstram que alguns dos CMS estão em processo de reorganização, com tendência a qualificar sua atuação, mas que muitos ainda são pouco atuantes, com pouca ou nenhuma capacidade formulativa e cumprindo um papel mais administrativo. Destacam-se pela pouca atuação os CMS de Barcelona, Japi e Senador Eloy.
- Principais obstáculos ao funcionamento dos CMS na região: Falta de capacitação e conhecimento dos conselheiros, falta de estrutura física e material adequada, falta de secretaria executiva, falta de orçamento para o CMS, falta de articulação política dos conselheiros com suas bases, resistência da maioria dos gestores e desconhecimento de alguns sobre o papel do CMS na gestão. Pelos depoimentos, a gestão da política de saúde exercida através dos CMS em todos os municípios da região ainda é muito fraca.

VI URSAP

- Conhecimento do papel do conselheiro: a) Têm conhecimento: Pau dos Ferros, José da Penha e Rodolfo Fernandes (alguns poucos conselheiros têm conhecimento do seu papel). b) Não têm conhecimento: os demais municípios da região;
- Conhecimento do regimento interno do CMS e legislação sanitária: a) Têm conhecimento do regimento interno e da legislação: Pau dos Ferros. b) Não tem conhecimento do regimento interno e da legislação: Itaú e maioria dos municípios da região relatam que todos os conselheiros têm cópia do RI e da legislação, mas que poucos demonstram conhecimento.
- Representatividade: Na maioria dos Conselhos Municipais existentes nesta região, a representatividade é um problema.
- Capacitação/conhecimento para participar ativamente e influenciar decisões: Todos os municípios da região relatam que a capacitação e o conhecimento da maioria dos conselheiros são restritos, e isso impede uma participação mais ativa e livre da influência dos gestores.
- Interesse e compromisso para participar dos conselhos: Não existe muito interesse e compromisso dos conselheiros em todos os municípios da região.
- Comunicação com o segmento/grupo que representa: A ausência de comunicação do conselheiro com o segmento ou base que representa é um problema comum de todos os CMS da região.
- Formas de acompanhamento das decisões/homologações do CMS e controle da execução das Políticas de Saúde: A maioria dos municípios diz não realizar acompanhamento das decisões e da execução das políticas de saúde.

- Principais decisões e temas discutidos: Problemas do funcionamento e da resolatividade dos serviços de saúde, pacto da atenção básica, falta de medicamentos e exames, dificuldade de acesso aos serviços especializados, problemas de saneamento básico, vigilância sanitária, prestação de contas da SMS, problemas da organização do CMS, regionalização.
- Existência de algum ou alguns CMS mais atuantes na região: Pau dos Ferros, São José da Penha, Umarizal e Rodolfo Fernandes.
- Existência de algum ou alguns CMS pouco atuantes: De acordo com os depoimentos dos entrevistados, a maioria dos CMS da região ainda são pouco atuantes, com pouca capacidade formulativa, cumprindo apenas uma exigência administrativa. Destacam-se como pouco atuantes Tabuleiro Grande, Venha Ver e Encanto. Neste último município, o regimento interno contraria a lei.
- Principais obstáculos ao funcionamento dos CMS na região: Uma boa parte dos conselheiros desconhece o seu papel, não participa das reuniões, depoimentos relatam municípios em que não existe reunião e que o Livro de Atas é passado na residência dos membros do Conselho. Em outros, as plenárias cumprem apenas uma formalidade, apenas para aprovar as determinações dos gestores. Esse fato é relacionado a alguns fatores, dentre eles, a “politicagem” existente dos municípios de interior, o medo de ser perseguido, rotatividade alta dos conselheiros e nível de escolaridade baixo, falta de capacitação dos conselheiros e de alguns gestores. É evidente a fragilidade desses conselhos que vêm funcionando de forma pontual ou mesmo na ilegalidade. Não existe Comitê de Controle Social na sede da URSAP. A fiscalização dos conselhos ocorre de

forma incipiente. Alguns não têm paridade, e os membros não representam verdadeiramente o segmento. Falta estrutura física, material e de apoio administrativo. Falta orçamento para os CMS.

Grande Natal

- Conhecimento do papel do conselheiro: a) Têm conhecimento do seu papel: Natal, São Gonçalo e Macaíba. Os dois últimos acham que alguns conselheiros poderiam melhorar seu conhecimento através de capacitações. b) Não têm conhecimento: Extremoz e Ceará-Mirim. c) Não informou: Parnamirim.
- Conhecimento do regimento interno do CMS e legislação sanitária: a) Têm conhecimento: Natal, São Gonçalo do Amarante, Macaíba, Ceará-Mirim. b) Não têm conhecimento: Parnamirim, Extremoz.
- Representatividade: Todos os CMS da região relatam ter algum tipo de problema de representatividade. Natal informa ter melhorado bastante depois da mudança na lei municipal que retirou o nome de Federação de Conselhos Comunitários e Entidades de Bairros (FECEB), que perde a exclusividade de representar os usuários das comunidades.
- Capacitação/conhecimento para participar ativamente e influenciar decisões: a) Têm capacitação para participar: Natal, Macaíba, São Gonçalo do Amarante. b) Não têm capacitação para participar: Extremoz e Ceará-Mirim dizem que seus conselheiros não têm capacitação. c) Não informou: Parnamirim.
- Interesse e compromisso para participar dos conselhos: a) Têm interesse e compromisso: Natal, São Gonçalo do Amarante e

Macaíba. b) Não têm interesse e compromisso: Extremoz relata que são poucos os conselheiros a demonstrar interesse. c) Não informou: Parnamirim.

- Comunicação com o segmento/grupo que representa.
a) Natal informa que a comunicação existe para alguns segmentos, mas não é adequada devido à baixa articulação política entre os conselheiros e as entidades e pela morosidade no acesso aos documentos. Demais municípios relatam que a comunicação não existe ou é insuficiente.
- Formas de acompanhamento das decisões/homologações do CMS e controle da execução das Políticas de Saúde: Neste item, esta região apresenta situações muito diversas entre si. Enquanto Natal, Macaíba e São Gonçalo informam que os seus CMS têm uma forte atuação no controle da execução das políticas de saúde do seu município, apesar de não disporem de mecanismos adequados de acompanhamento das decisões, os demais municípios não têm nenhum acompanhamento das decisões nem exercem controle da execução das políticas de saúde. Em entrevistas, foi afirmado que esses CMS mais atuantes têm uma atuação expressiva no controle e pouca capacidade formulativa para as mudanças.
- Principais decisões e temas discutidos pelos CMS da região: Assistência à saúde e funcionamento das unidades, especialmente na rede de atenção básica; dificuldades no acesso aos medicamentos, consultas e exames de maior complexidade; compra dos serviços privados: tetos dos pagamentos e qualidade dos serviços prestados; interferências políticas na distribuição dos exames e consultas especializadas em períodos eleitorais; prestação

de contas, plano municipal de saúde, relatório de gestão, definição das metas da PPI e sua avaliação; controle da execução das políticas de saúde.

- Existência de algum ou alguns CMS mais atuantes na região: Natal, São Gonçalo do Amarante e Macaíba.
- Existência de algum ou alguns CMS pouco atuantes: De acordo com os depoimentos dos entrevistados, Extremoz, Ceará-Mirim e Parnamirim são menos atuantes. No caso de Parnamirim, os depoimentos ressaltam a fraca atuação deste CMS e as irregularidades praticadas, como o caso de a secretária de saúde definir as deliberações e os conselheiros apenas as legitimarem;
- Principais obstáculos ao funcionamento dos CMS na região: Falta de estrutura e apoio adequado; falta de orçamento para o CMS (exceto Natal, que pede apenas maior autonomia no uso dos recursos); precariedade no acompanhamento das ações de saúde por parte dos Conselheiros; resistência de alguns gestores a aceitar o papel do CMS e suas funções; falta de interesse e compromisso de alguns conselheiros; dificuldades em fazer chegar as informações aos Conselheiros de Saúde e destes para suas representações; morosidade das respostas da SMS às demandas do CMS, dificuldade de acesso aos documentos e informações; falta de visibilidade dos conselheiros junto às comunidades; inexistência de ouvidorias municipais; dificuldades de articulação com o Ministério Público; desconhecimento da área de saúde por parte das promotorias; falta de informações aos usuários sobre os serviços do SUS; exercício da gestão participativa centrada no enfrentamento; falta de capacitação para os conselheiros, para que possam aprimorar suas atuações nos Conselhos.

5.5.4 As Plenárias de CMS como Novo Espaço de Reflexão Regional sobre o Papel dos CMS ou uma Estratégia de Reforçar e Ampliar o Controle Social?

Após a análise das informações selecionadas para o trabalho, percebe-se a importância que vêm ganhando, a cada ano, as plenárias regionais de conselhos municipais de saúde e a etapa estadual dessas plenárias, nos moldes das conferências. No RN, estes eventos vêm acontecendo há três anos, mas somente a partir de 2006, num contexto favorável de discussão ampliada da regionalização e do papel dos CMS neste processo, com coordenação do CES e representantes regionais, esses fóruns passaram a ter mais participação e organização e ganharam uma importância estratégica na Qualificar do controle social realizada por esses espaços. Nos relatórios das plenárias regionais de conselheiros produzidos, percebe-se, além do levantamento dos principais problemas enfrentados nos diversos conselhos das regionais de saúde, a formulação de propostas que apontam na direção de tornar esses CMS mais atuantes e mais presentes na definição das políticas de saúde, com potencialidade de estruturar uma atuação em rede de conselhos nos níveis regionais e estadual. Esse aspecto está em perfeita consonância com o processo de regionalização dos serviços do SUS no RN. Constatando a importância dessas plenárias, decidiu-se por incluir este material no trabalho, destacando os aspectos que se colocam nestas propostas elaboradas pelos conselheiros que participaram de tais eventos.

Ressalta-se a importância dada à capacitação e ao estabelecimento de uma comunicação e uma ação dos conselhos através de redes, uma forma de atuar que transcende o nível municipal, em que se coloca a necessidade de: institucionalização da coordenação da plenária regional com a criação de um regimento interno; garantia

da presença de um conselheiro municipal no Conselho estadual de saúde; fortalecimento da articulação dos CMS da região através de reuniões trimestrais; criação de redes de informações e de dados entre os CMS e fortalecimento do acesso aos conhecimentos e informações dos conselheiros através de capacitações sistemáticas; criação de ouvidoria para os CMS, participação desses conselhos na discussão sobre orçamento municipal, a abertura de espaços nas regionais de saúde em seus treinamentos e reuniões para os conselheiros, com a participação de um representante de cada CMS nas reuniões da CIS e, como proposta da etapa estadual, a criação da comissão de apoio regional ao controle social, com representantes de várias regiões e do CES. Ressalta-se a ausência de propostas da III URSAP, que mostra não estar muito integrada ao processo, como já foi evidenciado anteriormente neste trabalho.

As propostas originais das regionais seguem abaixo:

I URSAP

- Os CMS devem participar da discussão do orçamento da prefeitura;
- Devem ser criados nos municípios espaços para reuniões abertas dos conselhos. Ex. Casa dos Conselhos.
- As regionais de saúde devem abrir espaços em seus treinamentos e reuniões para os conselheiros municipais de saúde, como as reuniões da CIS. Convidar um representante de cada CMS ou os presidentes dos conselhos municipais.
- Os municípios que tenham hospitais ou instituições de saúde que dispunham de AIH, prestem contas trimestralmente ao CMS.
- Criação de ouvidoria para os conselhos municipais de saúde.

II URSAP

- Criar regimento interno da coordenação de plenária regional.
- Garantir a presença de um conselheiro municipal no CES.
- Promover articulação entre os CMS.
- Criar rede de dados dos CMS e fortalecê-lo com mais informações;
- Fortalecer a ação dos conselheiros através de capacitações (a capacitação deve ser realizada antes da posse de um novo conselheiro);
- Realizar capacitação a nível local;
- Realizar reuniões trimestrais a nível regional com os conselheiros.

V URSAP

- Promover encontro de conselheiros da região para discutir e trocar experiências acerca dos seus Regimentos.
- Formar grupos de estudos com conselheiros, onde as instâncias Conselho Estadual e Secretaria Estadual, através das sedes das regionais, ficassem encarregadas de suprir estes estudos com pessoal e material (fitas de vídeos, livros, textos, material relacionados à saúde em geral), para dar suporte a esse grupo.
- Seminário anual dos conselheiros nas regionais.
- Reunião com todos os conselheiros da região para discutir e repassar o que foi apresentado e encaminhado no encontro.
- Estabelecer, da mesma forma que no município, calendários para reuniões (bimestrais ou trimestrais), para encontros regionais e também para reuniões extraordinárias.
- Capacitação de conselheiros.

- Investimentos na estrutura física dos CMS.
- Revisão do Regimento Interno e Estatuto dos CMS.
- Dotação Orçamentária para os CMS.

VI URSAP

- Descentralizar o cargo de Presidente do Conselho de Saúde (que não seja só o Secretário de Saúde) e que seja feita uma eleição com todo Conselho para ser escolhido;
- Agendar reunião da Comissão Regional de Apoio e Acompanhamento nos Conselhos Municipais de Saúde para a mesma data da reunião da CIS;
- Realizar revisão da Lei dos CMS, da Portaria de nomeação dos membros e do Regimento Interno dos Conselhos;
- Reativar a Comissão de Monitoramento dos Conselhos Municipais de Saúde da URSAP.
- Realizar capacitação periódica dos Conselhos Municipais de Saúde.
- Dotar os CMS de autonomia financeira e administrativa.

5.5.5 Análise da Situação das Comissões Intermunicipais de Saúde (CIS) no RN

No decorrer da estruturação do SUS e da implantação da sua descentralização, sob forte indução normativa do nível federal, foram criados novos espaços de negociação e de gestão das políticas de saúde: as comissões intergestores Tripartite (nacional) e Bipartites (estaduais). Essas comissões surgiram como resultado das pressões de novos atores institucionais, significativos na cena política da saúde: os secretários municipais e estaduais de saúde. A CIB passa, então, a ter uma importância central na definição da alocação dos

recursos do SUS, colocando o gestor estadual face aos interesses dos diversos gestores municipais da saúde representados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). No interior de uma margem de manobra estreita, dada pelas normas operacionais do MS, esses atores passam a competir e a negociar, decidindo sobre a operacionalização do sistema de saúde, sobretudo sobre a repartição e a alocação dos recursos financeiros. No Rio Grande do Norte, a descentralização via municipalização se iniciou em 1993, como um processo complexo e pleno de contradições, apresentando movimentos recursivos de avanços e recuos. A institucionalização de alguns espaços de decisão, como os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e as Comissões Intermunicipais de Saúde (CIS), transforma a maneira de gerir o SUS. Estas últimas são compostas por representantes do gestor estadual nas regionais (URSAP) e representantes dos gestores municipais da saúde escolhidos pelo COSEMS na jurisdição da URSAP. Progressivamente, nos vários níveis do sistema, a gestão do SUS toma uma forma colegiada e pactuada.

A importância das CIS como fóruns de negociação cresceu com a implantação da NOAS, que exigia a elaboração de instrumentos de planejamento e programação pactuados (PPI, PDR, PDI, etc). Consideradas como fóruns regionalizados da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-RN), as CIS foram institucionalizadas mediante ato legal administrativo da SESAP-RN, tendo como competências: cumprir as deliberações emanadas do Conselho Estadual de Saúde (CES-RN) e da CIB-RN; orientar os aspectos operacionais do processo de descentralização dos serviços de saúde; assessorar tecnicamente o processo de elaboração e acompanhamento dos planos municipais de saúde; receber dos municípios habilitados as atas dos CMS e o relatório de gestão das SMS (anualmente), verificando

a compatibilidade com o plano municipal de saúde correspondente; avaliar a capacidade técnica e administrativa do município para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços; negociar a PPI entre os gestores estaduais e municipais; apreciar e encaminhar à CIB-RN propostas de convênios e similares a serem celebrados entre o MS e os municípios; encaminhar pareceres, relatórios e outros documentos a serem homologados pela CIB-RN.

Mais recentemente, a partir de 2004, com a decisão do estado de assumir efetivamente a coordenação do processo de regionalização dos serviços de saúde e no contexto de superação das formas de habilitação dos municípios, tornou-se necessário fortalecer os espaços colegiados de gestão. Nesse contexto, as CIS passaram a ter um papel chave no plano regional. Como espaço de pactuação entre os secretários municipais de cada região e representantes do estado (das respectivas URSAP), essas comissões ampliaram suas responsabilidades, o que implicava a necessidade de sua Qualificar para contribuir no processo de regionalização, como também mudanças no papel do estado e dos municípios na condução do SUS. Além das competências já definidas, as CIS deveriam também assumir a coordenação do processo no nível regional, de forma a contribuir para:

- Organizar regionalmente os serviços de saúde;
- Repensar o sistema regional, para aprimorar esses serviços;
- Exercitar a co-gestão;
- Reafirmar princípios e valores para a consolidação das ações.

Apresentam-se, a seguir, os resultados do diagnóstico sobre a situação atual das CIS no RN, tendo como objetivos: identificar se esses fóruns cumprem o papel e as funções para os quais foram

criados; perceber as influências que eles exercem sobre as políticas de saúde regionais e o processo de regionalização do SUS nesta unidade federativa; identificar as possibilidades de esses espaços de pactuação contribuírem para as mudanças previstas no Pacto pela Saúde. É importante salientar que os municípios que compõem a chamada Grande Natal, como não possuem o status administrativo de regional de saúde, não possuem CIS em sua área. Assim, todas as questões que requerem negociação com o gestor estadual e com os demais municípios são encaminhadas diretamente à CIB-RN. Não contando com uma CIS, todas as eventuais negociações que esses municípios realizaram fora do espaço da CIB-RN foram excluídos da análise nesta seção.

Os resultados dessa análise preliminar das CIS do RN mostram que somente a da IV regional relata reunir-se com regularidade e periodicidade mensal. As outras CIS não se reúnem com regularidade, não cumprem periodicidade mensal nem calendário estabelecido, tal como foi mencionado pelas comissões intergestores da I, II, III e VI URSAP. Nos últimos dois meses, os membros das equipes da maioria das URSAP que fazem parte das CIS disseram ter recebido tantas demandas da SESAP-RN para desenvolver atividades relacionadas à regionalização, que não foi possível convocar reuniões da CIS. Na III URSAP-RN, de acordo com depoimento de um assessor técnico desta regional, a situação foi tão crítica que, nesse mesmo período, os membros da CIS viajaram várias vezes, sendo que alguns destes chegaram a permanecer apenas 15 dias na sua região.

Quanto à existência de uma agenda própria, todas as CIS responderam que não têm. A IV URSAP-RN afirma ter apenas uma agenda mínima, para no máximo um mês. Em geral, o que se observa é que essas comissões trabalham com demandas sobretudo da CIB-RN ou do Ministério da Saúde. Por outro lado, ao serem interrogadas

sobre o caráter deliberativo das reuniões, a IV regional respondeu que grande parte das reuniões são deliberativas, mas que em algumas situações não há necessidade de deliberar, e a reunião passa a ter um caráter somente informativo. Uma das entrevistadas (ex-presidente do COSEMS-RN) enfatizou que a maioria das CIS, com exceção da IV região, reúnem-se e deliberam pouco, e cita como exemplo crítico o caso da CIS da II regional. Diz ainda que o principal fator para não haver muita deliberação e pactuação é a falta de interesse de alguns gestores e a interferência político-partidária que impedem a pactuação entre gestores de partidos não alinhados. Ela continua afirmando que, nesses casos, os secretários municipais de saúde não têm autonomia para decidir sobre a pactuação que é definida pelo prefeito. Aconteceram casos em algumas CIS, devido a alguns municípios que, não aceitando pactuar na CIS e nem mesmo na CIB, conseguiram fazer acordo para receber recurso direto do secretário de saúde do estado. Outros depoimentos relatam que as CIS se transformaram em espaços de negociação e deliberação dos recursos para comprar serviços privados ou filantrópicos de média e alta complexidade. Essa situação expressa as limitações de alguns gestores para compreender os atuais instrumentos e mecanismos de planejamento e programação, construídos através de pactuações e da cooperação entre os municípios. Mostra ainda uma visão restrita desses gestores em relação ao papel dessas comissões, seja no nível regional, seja no estadual, como espaço de negociação dos recursos financeiros com tendência a privatizar a prestação de serviços. Em outras palavras, as discussões entre os municípios servem apenas para definir o fluxo e a alocação das AIHS e dos recursos para procedimentos de média e de alta complexidade. Como as formas de financiamento da atenção básica são estabelecidas por mecanismos automáticos e repasses fundo a fundo, esse nível de atenção não entra na programação nem é objeto de pactuação.

Considerando as suas competências, as CIS da I e da III regional afirmaram contribuir na organização e articulação dos serviços na direção da regionalização, mas com limites. Elas atribuem suas limitações à falta de interesse de alguns gestores e à carência de recursos humanos tecnicamente competentes para discutir certas questões no interior dessas comissões. Todas as outras CIS do RN afirmaram contribuir no processo de regionalização. No entanto as entrevistas mostram que, só recentemente, essa atividade passou a ser realizada efetivamente para redefinir o desenho de regionalização e que, para isso, era necessário pactuar com os gestores onde seriam as sedes de módulo, onde se localizariam os municípios, quais seriam as responsabilidades de cada um. Apenas a CIS da V regional teria realizado essa atividade e cita a experiência adquirida com o consórcio intermunicipal como um fator importante para iniciar a cultura da pactuação, mas sublinha que ainda enfrenta alguns problemas para pactuar com todos os municípios e organizar os serviços numa lógica de rede regional porque ainda predominam as questões financeiras e os interesses políticos.

Quanto à função de assessorar tecnicamente o processo de elaboração e acompanhamento dos planos municipais de saúde, as CIS da I, III e V URSAP reconhecem não realizar essa atividade. As CIS da II, da IV e da VI URSAP afirmam assessorar apenas na elaboração dos planos, mas não realizam o seu acompanhamento. A IV URSAP-RN deu respostas contraditórias a esse respeito: ao mesmo tempo em que afirmou exercer seu papel de órgão estadual assessor dos municípios, ao tocar na questão referente à avaliação da capacidade técnica e administrativa dos municípios, afirmou que estes elaboravam seus planos municipais de saúde e que, na sua maioria, não os enviava para a sede da URSAP e da CIS correspondentes. Essa declaração aparentemente paradoxal gerou a necessidade de

cotejar essas afirmações com as entrevistas e depoimentos em que foi afirmado que essas comissões todas, em maior ou menor grau, enfrentam dificuldades para realizar atividades de assessoria técnica, seja para a elaboração dos planos municipais de saúde, seja para a elaboração da PPI e do PDI. Essa dificuldade é atribuída a deficiências na capacitação técnica para elaborar e preencher os instrumentos de programação exigidos pelo MS, considerados complexos, além do quantitativo de profissionais que não é suficiente para responder às necessidades dos municípios. Depoimentos de técnicos de algumas dessas CIS e dessas URSAP, acrescentam que muitos desses planos e mesmo a PPI se transformaram em apenas mais uma exigência burocrática e não são postos em prática.

Quanto às questões relacionadas com a atividade de apreciação dos pleitos de mudança de modelo de gestão, contratos e convênios, com sua apreciação e encaminhamento para a CIB-RN, todos responderam afirmativamente, mas ressaltaram que, com as habilitações automáticas, esses pleitos de mudança de gestão deixaram de ser necessários. No que diz respeito à avaliação da capacidade técnica e administrativa dos municípios para programar, acompanhar e controlar a prestação dos serviços, todas as CIS afirmaram não terem condições de realizar. Algumas delas chegam a discutir certas situações mais críticas, mas não têm poder de encaminhar soluções. Acrescentam que, na sua maioria, os gestores não querem avaliação, apenas assessoria. A CIS da III região resalta que, somente nos últimos meses, com o processo de discussão do redesenho regional, esse trabalho começou a ser realizado pelos grupos matriciais. Tomando como base os planos municipais de saúde, procurou-se saber se as CIS receberam e avaliaram as atas dos CMS e o relatório de gestão das SMS dos seus municípios. Apenas as CIS das IV e VI URSAP relatam que o fazem, mas somente

aquelas que são enviadas pelos municípios; nem todos as enviam. As entrevistas ofereceram as informações de que esse material não é recebido pela maioria das CIS e, quando o é, serve apenas para cumprir uma exigência burocrática. Não são realizadas avaliações sistemáticas, tomando como base os planos municipais de saúde.

Em todas as CIS, existem alguns gestores que são mais ativos (geralmente dos municípios maiores), com maior poder político ou com mais conhecimento sobre as políticas de saúde. Percebe-se uma correspondência elevada entre os municípios cujo gestor era considerado como atuante na CIS e os que apresentaram CMS considerados igualmente mais atuantes. Quanto à situação das secretarias executivas dessas comissões, muitas destas apresentam deficiências de capacitação técnica e carência de recursos de informática (computador, ligação com a rede Internet, programas), além das insatisfações dos recursos humanos quanto aos salários e carga de trabalho.

Ao se analisar os temas e questões mais frequentes nas reuniões e que foram objeto de deliberações das CIS, identificam-se similaridades em todas estas comissões: pactuação dos serviços; compra de serviços; oferta insuficiente ou indisponibilidade de serviços contratados e pactuados entre os municípios; insatisfação com a qualidade dos serviços prestados pelos serviços contratados ou pactuados; Programação Pactuada e Integrada (PPI) e seus indicadores; solicitação de aumento das cotas de AIHS e de alguns procedimentos de alta complexidade; Plano Diretor de Regionalização (PDR), estabelecendo os fluxos de serviços nos municípios, a definição dos módulos assistenciais, das sedes dos módulos e da garantia dos serviços alocados nas macrorregiões; referências e contra-referências; PSF; assistência farmacêutica; portarias ministeriais e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde. Aparecem ainda questões

relacionadas a organização e funcionamento das CIS, capacitação dos técnicos nos municípios para o trabalho com os novos instrumentos de programação, os sistemas nacionais de informação; formação de agentes locais de vigilância em saúde; ajustes na PPI da assistência e, mais recentemente, a construção do pacto de vigilância à saúde e da atenção básica.

Quanto aos principais obstáculos para o melhor funcionamento e cumprimento das competências da CIS em cada região, identificam-se problemas que tocavam diversas dimensões dessas comissões. Foram mencionados problemas referentes à falta de equipamentos e local apropriado para as reuniões e para a secretaria executiva nos territórios das I, III e VI URSAP. A CIS da IV URSAP enfatiza a sua necessidade de um computador com seus periféricos para uso exclusivo desta comissão. Foi consensual a identificação da falta de capacitação técnica dos profissionais que trabalham na secretaria executiva das CIS e da inadequação das suas atribuições com o tempo disponível para a função. Foram ainda apontados como obstáculos: a baixa capacitação dos técnicos que trabalham nas secretarias municipais de saúde para dar apoio à construção dos planos de saúde, instrumentos de programação e alimentação dos sistemas de informação, especialmente na área de vigilância à saúde; a falta de capacitação de alguns técnicos das URSAP que participam dessas Comissões; a falta de conhecimento dos gestores sobre os princípios do SUS e as recentes políticas de saúde; a visão distorcida dos gestores, centrada apenas nos seus municípios, com desinteresse na pactuação em torno de programas/atividades que não tragam benefícios financeiros; o esvaziamento das reuniões das CIS e as interferências político-partidárias.

Observando os resultados do diagnóstico da situação atual das CIS no RN, pode-se afirmar que esses espaços de pactuação

nunca cumpriram integralmente suas atribuições, não exercendo plenamente suas competências no SUS-RN. As discussões no interior destas comissões não priorizam questões que levem a soluções pactuadas que possam ter impacto sobre a organização dos serviços, em particular sobre a sua regionalização. Na atual conjuntura, em que o Pacto pela Saúde ressalta o processo de integração dos serviços via regionalização, tendo no diálogo, na negociação cooperativa e na pactuação solidária os pilares da estruturação do sistema de saúde, faz-se necessária uma ampliação da estrutura e uma nova dinâmica de funcionamento das CIS. Nesse sentido, seriam necessários investimentos na infra-estrutura e na estrutura organizativa, para criar as condições materiais e de organização para o funcionamento adequado dessas instâncias regionalizadas de co-gestão. Além disso, uma ampliação deste “colegiado de gestão” seria importante para conferir uma maior participação nas decisões que afetam a todos os municípios das distintas regiões. Assim, face à proximidade dos atores locais do espaço regional de decisões, a participação dos gestores municipais poderia deixar de ser “representativa” (por alguns municípios) e passar a ser “universal”, com todos os gestores municipais de saúde da região tendo assento nas CIS, como está previsto nas diretrizes do pacto de gestão. Além disso, os diversos CMS também pressionam por algum mecanismo de inclusão da participação desses conselhos no interior dessa nova instância de gestão regionalizada. Essa ampliação dos atores participantes das CIS poderia, pelo menos em tese, oxigenar a sua dinâmica de funcionamento, permitindo que distintos segmentos da população pudessem pactuar e deliberar sobre questões que interessassem à melhoria do estado de saúde do conjunto da população da região. O estabelecimento de mecanismos indutores de equidade na distribuição dos recursos, um novo desenho dos fluxos

regionais de ações e serviços de saúde baseados nas necessidades epidemiológicas, mas também na cultura e nos interesses regionais, entre outras questões fundamentais para a integralidade, o acesso e a qualidade das práticas de saúde passariam finalmente a ser objeto de uma política efetiva de regionalização. O Pacto pela saúde exige, portanto, uma mudança radical nos valores e na cultura política ainda dominante e em parte responsável pela lógica de competição e da fragmentação das demandas dos municípios que restringem a contribuição desses espaços de pactuação. Compreende-se que essas mudanças, significam um grande desafio a superar e, do ponto de vista ético, uma utopia a perseguir.

5.5.6 Impressões sobre a Situação dos CMS e das CIS e suas Possibilidades de Contribuir para as Mudanças do SUS no RN

No processo de formulação e construção das políticas de saúde brasileiras dos últimos 20 anos, coincidindo com o contexto da abertura democrática no plano da política nacional, democratização da gestão tornou-se um consenso tão inquestionável quanto o que se constituiu em torno da descentralização. Proposta inicialmente pelos organismos internacionais (OPAS, OMS), a gestão participativa foi assumida pelo movimento reformista como uma de suas principais bandeiras ideológicas e institucionalizou-se como componente do novo Sistema Único de Saúde através da lei 8.142. Muitos reformistas, de diferentes tendências e visões em relação à reforma, tinham uma concepção comum sobre a gestão participativa, colegiada, que viam como uma inovação. Apesar dos limites observados em muitas cidades brasileiras para o exercício deste novo tipo de gestão, permanece uma grande expectativa em relação a sua contribuição às mudanças efetivas do sistema de saúde

que, na maioria das vezes, não é acompanhada de uma reflexão sobre as suas possibilidades concretas.

As especificidades desse processo no RN se definem no processo de estruturação do SUS enquanto campo de práticas sociais neste estado federativo. É nesse campo, e especificamente dentro desses espaços de co-gestão (Campos, 2000), que instituições e atores que participam deste processo estabelecem, de forma singular, a partir dos seus interesses, objetivos e recursos, relações entre os diferentes níveis do sistema e uma racionalidade que pode contribuir ou não para as mudanças.

O processo de regionalização e construção do SUS no RN tem, portanto, nesses espaços de co-gestão, exigências e responsabilidades cada vez maiores, que dependem enormemente da capacidade cognitiva dos atores para formular, propor e inovar, assim como da sua capacidade política de negociar ou de influenciar as decisões e de controlar a execução das políticas de saúde. Na prática, existem muitos desafios e muitos problemas e nós críticos que foram confirmados neste trabalho, mostrando a situação dos espaços de co-gestão e sua pouca influência nas políticas de saúde e no processo de regionalização no RN. Um quadro preocupante, mas que evidencia com clareza o que e onde é preciso atuar para superar os obstáculos e avançar na construção de um sistema de saúde que possa contar com uma maior polifonia de vozes e interesses, de forma a cooperar para a melhoria da qualidade do sistema, sem correr os riscos da sacralização acrítica desses espaços de co-gestão que, ao esconder seus problemas e limites, empobrecem as possibilidades de uma ação transformadora.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações aqui apresentadas realçam alguns aspectos problemáticos que emergiram na análise das ações descentralizadas de saúde, nas várias regiões, e que clamam por iniciativas para enfrentá-los na implementação das políticas públicas. Acrescentam-se alguns comentários relativos ao processo de regionalização no RN e suas articulações com a política nacional de saúde, sugerindo-se rumos e possibilidades de atuação para consolidar a organização do SUS.

Observando-se a origem e a evolução do processo de regionalização no RN, constata-se que os movimentos anteriores de discussão e formulação de propostas para a regionalização da saúde mostraram-se restritos em termos de participação de protagonistas loco-regionais, de diferentes segmentos da sociedade, limitando a influência desses segmentos sociais na conformação das regiões de saúde.

Verifica-se, igualmente, a pouca relevância dada aos estudos diagnósticos, em especial, do quadro de saúde da população, na definição das prioridades de intervenção da política de saúde no âmbito regional, podendo-se concluir que a ação regionalizada foi orientada por critérios nem sempre voltados para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Assim sendo, foram realizados investimentos e foi-se consolidando, gradativamente, uma rede de serviços e uma prática

no trato com as questões da saúde individual e coletiva da população, que reflete os centros de poder político-econômico no estado e os arranjos e relações institucionais a estes articulados.

A situação sócio-sanitária das regiões de saúde, delimitados pela atuação das URSAP, evidenciam as desigualdades sociais que afetam a população aí residente. O conjunto de indicadores mais positivos – IDH, índice de analfabetismo, etc. – encontrados na área da IV e II URSAP e na Grande Natal, contrasta com a precariedade daqueles encontrados na área de abrangência da III URSAP e num aglomerado de municípios que se distribuem em outras regiões. E é essa região e esses municípios que dispõem da menor disponibilidade de serviços de saúde e outros serviços sociais de uso coletivo, refletindo os baixos investimentos públicos por parte da União e do estado, forçando um aumento do gasto dos recursos próprios dos municípios.

Neste contexto, verifica-se a concentração de recursos nas regiões Metropolitana, sobretudo em Natal (32,4%) e, em menor escala, na região da II URSAP-RN, num padrão de gastos mais marcadamente sustentado por recursos federais, sendo tais gastos na Grande Natal, referentes à oferta em torno de 50% de serviços de média e alta complexidade, enquanto que nos demais municípios os gastos, predominantemente, referem-se à atenção básica.

Deste modo, a concentração dos recursos e as grandes desigualdades regionais geram dificuldades de acesso e de cobertura assistencial e a necessidade de investimentos que viabilizem o processo de regionalização.

Com efeito, iniciativas de medidas estratégicas para apoiar, com continuidade, as regiões com dificuldades de desenvolvimento, são imprescindíveis para buscar o equilíbrio e a equidade nas condições de vida nas regiões do Estado.

No tocante ao fenômeno da migração, que vem resultando na concentração da população nas áreas urbanas - 73,35% da população total do RN -, o Estado não se diferencia da realidade comum à maioria dos estados brasileiros, o que requer um esforço redobrado para administrar as questões implicadas, de modo a favorecer a qualidade de vida destas populações.

Na economia, o turismo tem crescente peso na economia, ao lado de atividades que se mantêm, como a extração do petróleo, gás natural, sal, a prática da caprinovinocultura, e outras, que se expandem, como a fruticultura irrigada, a carcinicultura. Há que cuidar para que tais atividades econômicas se efetivem sem agressão ao meio ambiente.

Desta feita, considerando o quadro sanitário, constata-se a situação do esgotamento sanitário como um grande estrangulamento e, por conseguinte, uma questão de saúde pública para combate inadiável, uma vez que, quase metade dos domicílios existentes (47,5 %) utiliza fossa rudimentar, enquanto que, apenas 16,5% estão ligados à rede geral de esgotos.

Um dado positivo refere-se à ampliação havida, nos últimos anos, da rede geral de abastecimento de água que já atende a 78% dos domicílios.

Em relação ao perfil epidemiológico destacam-se informações relativas a natalidade, mortalidade e morbidade, distribuídas por regiões de saúde. Observa-se no tocante aos nascidos vivos, para o RN, no período de 1996 a 2005, que houve uma redução da Natalidade, um percentual de partos prematuros e de recém-nascidos de baixo peso, inferior a média nacional e um aumento no percentual de partos cesareana e de partos de adolescentes.

Em relação à mortalidade verifica-se um predomínio das doenças crônico-degenerativas (cardiovascular e neoplasia), seguida das causas externas e doenças do aparelho respiratório.

As principais causas de internação (excluídos os partos) foram as doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo. Em relação às doenças de notificação compulsória destaca-se para o período de 2001 a 2005 um aumento nos coeficientes de AIDS, Hanseníase, Tuberculose e Hepatite e uma redução da Dengue.

Em geral as regionais IV e VI apresentaram os melhores indicadores e as regionais I, II e III os piores indicadores. Esta afirmação, entretanto deve ser interpretada com cautela devido ao fato de ocorrer uma considerável subnotificação de nascimentos, óbitos e morbidade no RN, além de tratar-se de taxas brutas, não padronizadas.

A oferta de ações e serviços de saúde evidencia um crescimento na oferta de atenção básica através da estratégia do PSF, que atinge maior cobertura nos municípios de pequeno e médio porte, mas que apresenta debilidades na qualidade e na resolutividade de suas ações, como revelam os números apresentados neste relatório. A insuficiência e má distribuição de serviços assistenciais especializados no campo da média complexidade ambulatorial e hospitalar limita o acesso da população e produz distorção nos fluxos da demanda para os centros que concentram esses serviços.

A precariedade das ações de vigilância e a quase ausência de políticas de Promover da saúde são desafios a serem enfrentados pelos gestores e atores sociais que pelejam pela transformação das práticas sanitárias no estado.

Enquanto isto, para melhor operar o sistema de saúde no RN, há que considerar a precariedade na gestão de recursos humanos, a começar pela ausência de informação dando conta do dimensionamento da composição e caracterização destes, que possibilite uma análise mais detalhada da situação da área no Estado. Na maioria dos municípios não existe estrutura organizacional de

gestão de RH nas SMS, ficando a administração da área centralizada nas Secretarias de Administração ou Finanças das Prefeituras. Logo, está ainda distante a efetivação de uma educação permanente dos profissionais. Ademais, é preocupante a desvalorização dos trabalhadores, evidenciada pelo domínio de relações de trabalho precarizadas. Entre outras manifestações das dificuldades na gestão do trabalho, destacam-se as várias modalidades de vínculos empregatícios e inserções (profissionais cedidos - federais e estaduais -, com diferentes planos de carreiras), resultando numa diversidade de culturas e compromissos que geram a necessidade de mediações e negociações até que se estabeleça, conforme se mostra relevante, uma política ampla para esta área de fundamental importância para a consolidação do SUS.

Por fim, cabe considerar que o processo de regionalização e construção do SUS tem, nos espaços de co-gestão, exigências e responsabilidades cada vez maiores, que dependem enormemente da capacidade cognitiva dos atores para formular, propor e inovar, assim como da capacidade política de negociar ou de influenciar as decisões e de controlar a execução da política de saúde. Daí é que surge outro grande desafio que se refere a baixa capacidade dos Conselhos de Saúde para influir nas políticas de saúde e no processo de regionalização no RN. Este quadro preocupante, mostrado no presente trabalho, sinaliza o que e onde é preciso atuar para superar os obstáculos e avançar na construção do SUS contando com uma maior polifonia de vozes e interesses, de forma a cooperar para a melhoria da qualidade do sistema.

Diante desta caracterização da regionalização da saúde no RN é possível trilhar novos caminhos, com mais precisão e determinação, uma vez que estão bem sinalizados pelas informações atualizadas aqui apresentadas.

É relevante reconhecer que tal processo passa por construção política e técnica que se desenvolve na articulação dos distintos atores, nos seus espaços e níveis de atuação. Por conseguinte, o processo de regionalização requer iniciativas, apoios, busca de coesão e solidariedade regional, cooperação inter-governamental, responsabilização, para sua revitalização.

Nesta perspectiva é que o Ministério da Saúde vem considerando, no contexto do Pacto pela Saúde, e seus desdobramentos, a regionalização, como estratégia fundamental para garantir o acesso e a qualidade da assistência, para a organização sistêmica dos serviços de saúde e mesmo, com vistas ao desenvolvimento do SUS no conjunto dos estados.

Está constituído, portanto, um cenário favorável, uma nova oportunidade, para um aprofundamento e fortalecimento da regionalização que pode significar uma nova realidade na gestão e na assistência à saúde com maior aproximação do ideário de equidade e integralidade.

7. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília: CONASS, 2004. 220 p., (CONASS Documenta; v.1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, 2006. 76p. vol.1

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde:** manual básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 58p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.

HETZEL DE MACEDO, I.M. Regulação e utopia : em busca de uma ética de solidariedade, In : **Anais do Seminário Políticas de Saúde em Tempos de Crise**, Natal, UERJ/UFRN, 1999.

HETZEL DE MACEDO, I.M. La municipalisation du système brésilien : la crise de la réforme et l'implantation d'un nouveau modèle de gestion décentralisée, In : **Annales du Sixième Congrès annuel de l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé**, Montréal, ALASS, 1995.

MACEDO, M.R.C. **Décentralisation et allocation des ressources : les détours de la municipalisation du système de santé brésilien**. Thèse de doctorat en Santé Publique. Montréal, Université de Montréal, 2006.

MENDES, Raimunda Izabel Pira - **Índice de utilização de tecnologias na avaliação dos processos assistenciais de recém-nascidos prematuros** – Tese de Mestrado – FIOCRUZ - Rio de Janeiro, Fevereiro de 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Análise de Mortalidade: delineamentos básicos** – Ministério da Saúde - Brasília, 1991, 85 pg.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. **Plano Municipal de Saúde**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. **Natal e sua Região Metropolitana**. Natal: Secretaria Especial de Meio ambiente e Urbanismo, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE – **Declaração Mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança**, Nova Iorque, OPAS, 1990

PEPS—Projeto de Educação Permanente em Saúde para o Rio Grande do Norte, 2005.

RADIS. Comunicação em Saúde. FIOCRUZ. n.46, Rio de Janeiro, junho/06.

REGIONALIZAÇÃO dos serviços de saúde. **Natal**: Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, 1975. Projeto.

RIO GRANDE DO NORTE. **Programação Pactuada Integrada**. Natal, Secretaria de Saúde Pública do RN/COSEMS, 2004.

SÁ, Renato Augusto Moreira de; LOPES, Laudelino Marques e Chaves Neto, Hermógenes – “Conduta na Gestação Pós-Termo” - **Revista FEMINA** - Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - Setembro / 2000 nº 8 volume 28.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA (SESAP). Conselho Estadual de Saúde. Governo do Estado do Rio Grande do Norte. **Relatório final da 3ª Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**, fevereiro / 2006.

VASCONCELOS, Christian Lira; CÂMARA, George Luiz Rocha. **Gestão Metropolitana de Natal - Situação Atual e Desafios**. Governo do Estado do Rio Grande do Norte-Secretaria de Estado de Planejamento e das Finanças.

FONTES DE PESQUISA

SIM/VI URSAP

SINASC/VI URSAP

SINAN/VI URSAP

API/VI URSAP

SIAB/VI URSAP

Cadernos de Saúde

Plano de Desenvolvimento sustentável do Seridó, 2000

DATASUS

IBGE

SISTEMAS OFICIAIS DE INFORMAÇÕES MS

SETOR DE ESTATÍSTICA DA IV URSAP

Informações das SMS – Questionários;

PDR - RN 2001

Projeto de Regionalização do Estado 1975

SITES

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/matriz.htm>

<http://portalsaude.gov.br/portal/saude>

www.pnud.org.br/atlas

<http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/matriz.htm>

Anuário Estatístico do Estado = www.rn.gov.br/secretarias/idema/anuario.asp

<http://aguia.datasus.gov.br/php/datasus/datasus/datasus.php?area=359A1>

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/transeferencias/munic3.cfm?estado=RN>

<http://siops.datasus.gov.br/index.htm>

SIAB = <http://www.datasus.gov.br/siab/mapas.htm>

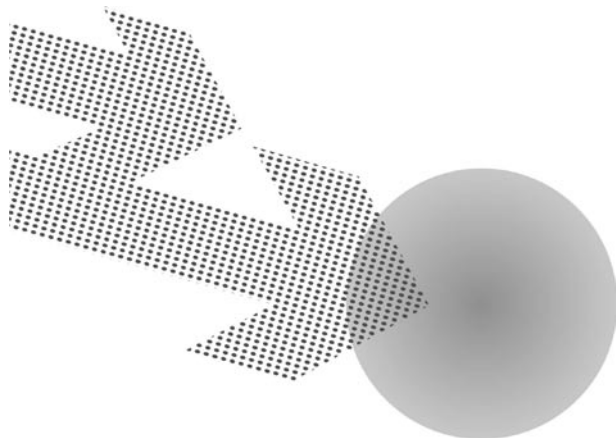
SIM = <http://tabnet.gov.br/cgi/sim/obtmap.htm>

SINASC = <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/nvmap.htm>

IBGE = www.ibge.gov.br

ANEXOS

DINÂMICA POLÍTICA DA AÇÃO DOS ATORES LISTA DE SIGLAS



ANEXO 1 - DINÂMICA POLÍTICA DA AÇÃO DOS ATORES

Dinâmica política da ação dos atores	I URSAP	II URSAP	III URSAP	IV URSAP	V URSAP	VI URSAP	Grande Natal
Conhecimento do papel de conselheiro	Conhecem seu papel: 4 municípios	Conhecem seu papel: 1 município	Maior parte dos municípios informa desconhecimento e despreparo dos conselheiros quanto ao seu papel	Conhecem seu papel: 1 município	Dos 21 municípios da V URSAP mais de 50% dos CMS tem conselheiros que desconhecem seu papel	Maior parte dos municípios informa desconhecimento e despreparo dos conselheiros quanto ao seu papel	Conhecem seu papel: 3 municípios
Conhecimento do regimento interno	Conhecem a legislação e regimento: 7 municípios	Conhecem a legislação e regimento: 5 municípios	Conhecem a legislação e regimento: 6 municípios	Todos referem ter conhecimento do regimento e da legislação, mas falta incentivo	A maioria refere que os regimentos e legislação são distribuídos, mas que poucos tem conhecimento sobre seus conteúdos.	Em apenas 1 município os conselheiros conhecem a legislação e regimento.	Conhecem a legislação e regimento: 4 municípios
Representatividade	Todos os CMS referem ter problemas de representatividade de algum dos segmentos, especialmente dos usuários	Todos os CMS da região referem ter problemas na representatividade especialmente no segmento de usuários e de profissionais	Todos os municípios referem ter problemas de representatividade	Todos os CMS da região enfrentam problemas de algum tipo com a questão da representatividade que varia de acordo com o segmento. Pelos depoimentos o segmento usuários é o que mais apresenta problemas	Em todos os CMS da região a questão da representatividade é um problema presente	A maioria dos Conselhos Municipais existentes nesta região, com raras exceções a representatividade é um problema ainda da mesma forma que a paridade entre os membros	Todos os CMS da região referem ter algum tipo de problema de representatividade

Dinâmica política da ação dos atores	I URSAP	II URSAP	III URSAP	IV URSAP	V URSAP	VI URSAP	Grande Natal
Capacitação/ conhecimento para participar ativamente e influenciar decisões	Tem capacitação e conhecimento para participar ativamente e influenciar decisões; 2 municípios	Todos os CMS da região referem enfrentar dificuldades com a capacitação dos conselheiros que permitam uma participação ativa e demandas capacitativas sistematizadas	Todos os municípios da região enfrentam problemas com a falta de capacitação e de conhecimento dos conselheiros para participar e influenciar ativamente nas decisões	A maior parte dos municípios, considera este aspecto da falta de capacitação e de conhecimento dos conselheiros um dos principais problemas para que o funcionamento do CMS seja melhor	Na maioria dos CMS da região os conselheiros não tem capacitação e conhecimento para participar ativamente	Todos os municípios da região referem que a capacitação e o conhecimento da maioria dos conselheiros é muito baixa	Os municípios de Natal, Macaíba e São Gonçalo do Amarante afirmam ter capacitação para participar.
Interesse e compromisso para participar dos conselhos	5 municípios afirmam interesse e compromisso em participar. A maior parte dos municípios afirma que a população não tem interesse em participar e que isto se reflete nos conselheiros	A falta de interesse e compromisso de alguns conselheiros predomina, e é relacionada com a falta de divulgação sobre o CMS e a falta de conhecimento sobre o direito à saúde pela população	Todos os municípios referem que o que predomina é a falta de interesse e compromisso	A falta de interesse e compromisso é presente em maior ou menor grau em todos os CMS dos municípios da região, mas todos referem que existem em alguns CMS uma minoria de conselheiros que mostra interesse e compromisso e que se tornam lideranças	O interesse e o compromisso é uma característica de poucos conselheiros de alguns CMS mais atuantes, a maioria não tem interesse e compromisso	Não existe muito interesse e compromisso dos conselheiros em todos os municípios da região	Natal, Macaíba e São Gonçalo do Amarante afirmam ter interesse e compromisso

Dinâmica política da ação dos atores	I URSAP	II URSAP	III URSAP	IV URSAP	V URSAP	VI URSAP	Grande Natal
Comunicação com o segmento/grupo que representa	A falta de discussão e comunicação adequada dos representantes com os segmentos é um problema comum aos CMS de todos os municípios	Todos os CMS referem que os conselheiros tem pouca comunicação com o segmento que representam	Todos os CMS da região apresentam falta ou deficiência na comunicação do conselheiro com o segmento que representa	Todos os CMS da região enfrentam problemas de representatividade	Não há comunicação ou ela é deficiente entre os conselheiros e o segmento que representa	A ausência de comunicação do conselheiro com o segmento ou base que representa é um problema comum de todos os CMS da região	Natal informa que a comunicação existe para alguns segmentos, mas os demais municípios referem que a comunicação não existe ou é insuficiente
Existência de um ator ou grupo de representante que se destaca(m) e influencia mais as reuniões e decisões	Com exceção de 6 municípios, que afirmam que todos influenciam igualmente nas reuniões, na grande maioria dos municípios, se destaca a presença do secretário de saúde ou representantes governamentais						

Dinâmica política da ação dos atores	I URSAP	II URSAP	III URSAP	IV URSAP	V URSAP	VI URSAP	Grande Natal
Principais decisões e temas discutidos	Funcionamento dos serviços e dificuldades de acesso a consultas e procedimentos especializados, PPI, Reorganização interna do CMS, assistência farmacêutica básica, conferência de gestão do trabalho, cursos de capacitação dos conselheiros e participação em eventos, PSF, aprovação de convênios e projetos, melhoria da infra-estrutura das unidades de saúde, mudança de condição de gestão, prestação de contas, plano municipal de saúde.	Problemas da organização e funcionamento dos serviços (cumprimento de horário dos profissionais nas unidades, falta de medicamentos, dificuldades de acesso a exames e consultas especializadas), reorganização interna do CMS, farmácia básica, PPI, prestação de contas, forma de contratação dos profissionais do PSF, compra de equipamentos para unidades de média complexidade, pacto da atenção básica	Aprovação dos indicadores do Pacto, ampliação do PSF, encaminhamento dos problemas de média e alta complexidade, plano municipal de saúde, assistência farmacêutica, informações sobre a saúde, distribuição do teto das AIHs e da média complexidade entre as unidades de saúde, aprovação de convênios e prestação de contas	Adequação dos CMS a lei 333/03; Melhorias na saúde da população; problemas de funcionamento dos serviços de saúde; assistência farmacêutica básica; melhoria do abastecimento e da qualidade da água e das habitações (projeto FUNASA); PSF e PAC; PPI, Pacto da atenção Básica, mudança de condição de gestão, saúde mental e saúde oral (Caps e Ceo);	Aprovação da PPI e de suas metas, do Plano Municipal de saúde, do Plano de Assistência Farmacêutica, Informações sobre Saúde, aprovação de projetos e prestação de contas, compra de equipamentos de uso hospitalar e ambulatorial (RX, caninhão de lixo, ambulância, etc), contratação de profissionais para o PSF,	Problemas do funcionamento e da resolutividade dos serviços de saúde, pacto da atenção básica, falta de medicamentos e exames, dificuldade de acesso aos serviços especializados, problemas de saneamento básico, vigilância sanitária, prestação de contas da SMS, problemas da organização do CMS, regionalização	Assistência a saúde e funcionamento das unidades, especialmente na rede de atenção básica, dificuldades básicas, no acesso aos medicamentos, consultas e exames. Natal refere que as interferências políticas na distribuição dos exames e consultas especializadas em períodos eleitorais traz muitas denúncias que são levadas as reuniões do CMS.

Dinâmica política da ação dos atores	I URSAP	II URSAP	III URSAP	IV URSAP	V URSAP	VI URSAP	Grande Natal
Principais decisões e temas discutidos (continuação)				Repassa financeiro para SMS, distribuição dos tetos para AIHs e para média complexidade entre as unidades, aprovação de convênios e credenciamentos de serviços, aprovação de projetos junto ao MS e FNS, Vigilância a saúde, cursos de Qualificar dos conselheiros e participação em eventos, regularização dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de endemias.	Aprovação de convênios, Regionalização, Atenção Básica, Educação em saúde, problemas municipais ligados a vigilância sanitária, construção de adutora e revitalização das ações de saúde bucal, saúde mental e criação de Caps na região, aprovação de mudança de condição de gestão de alguns municípios e encaminhamento para CIB		Prestação de contas, plano municipal de saúde, relatório de gestão, PPI, controle da execução das políticas de saúde

Dinâmica política da ação dos atores	I URSAP	II URSAP	III URSAP	IV URSAP	V URSAP	VI URSAP	Grande Natal
Formas de acompanhamento das decisões/homologações do CMS e controle da execução das Políticas de Saúde	Nenhum município acompanha as decisões e homologações	Atua (de forma ainda precária) no acompanhamento das decisões/homologações e no controle da execução das Políticas de Saúde: 4 municípios	Apenas 2 municípios dizem acompanhar e controlar as decisões	A maioria dos municípios refere ter atuação incipiente no acompanhamento das decisões e da execução das políticas de saúde			
Existência de algum ou alguns CMSs mais atuantes na região	São José de Mipibu, Nísia Floresta, Arês, Canguaretama e Nova Cruz	Mossoró e Assu	Touros	Caicó, Ipueira	Campo Redondo, Serra Caiada, Santa Cruz e Tangará	Pau dos Ferros, São José da Penha, Umarizal e Rodolfo Fernandes	Natal, São Gonçalo do Ananindeua e Macaíba
Existência de algum ou alguns CMSs pouco atuantes e que cumprem apenas uma formalidade legal	Brejo, Espírito Santo, Passagem, Fica, Passagem, Tibau do Sul, Georgino Avelino, Serrinha, Várzea, Vera Cruz, Vila Flor, Lagoa de Pedras, Lagoa Salgada, Montanhas, Monte Alegre e Pedro Velho	A maioria da região	A maioria é pouco atuante, cumpre apenas uma formalidade burocrática. Destaca-se João Câmara onde as irregularidades são inúmeras	Os demais CMS são considerados pouco atuantes conforme os depoimentos dos entrevistados, destacando-se como menos atuantes os CMS de Bodo e Tenente Laurentino	Os depoimentos referem que alguns dos CMS estão em processo de reorganização, com tendência a qualificar sua atuação mas, que muitos são pouco atuantes, com pouca ou nenhuma capacidade formulativa e cumprindo papel mais administrativo. Destaca-se pela pouca atuação os CMS de Barcelona, Japi e Senador Eloy	A maioria dos CMS da região ainda são pouco atuantes, com pouca capacidade formulativa, cumprindo apenas uma exigência administrativa. Destaca-se como pouco atuante Tabuleiro Grande, Venha Ver e Encanto	Extremoz, Ceará-Mirim

Dinâmica política da ação dos atores	I URSAP	II URSAP	III URSAP	IV URSAP	V URSAP	VI URSAP	Grande Natal	
Principais obstáculos ao funcionamento dos CMS da região	Falta de estrutura física, material e financeira adequada para os CMS; ausência de secretarias executivas, falta de consciência cidadã dos conselheiros e das entidades, falta de incentivo dos gestores e de capacitação dos conselheiros	Falta de interesse e compromisso dos conselheiros, resistência dos gestores a aceitar o papel do CMS, falta de secretarias executivas, falta de estrutura física e material adequada, falta de orçamento para o CMS, falta de capacitação e conhecimento dos conselheiros para exercer seu papel, falta de conhecimento e capacitação dos gestores que na grande maioria quer o CMS para legitimar suas decisões	Falta de estrutura física, material e de apoio administrativo, especialmente de secretaria executiva, falta de orçamento para o CMS, falta de capacitação e conhecimento dos conselheiros para exercer seu papel, falta de informação de alguns conselheiros associada a falta de compromisso. Poucos meios de divulgação das reuniões e da função do CMS, pouca representatividade e comunicação entre os conselheiros;	Ausência de espaço próprio para o CMS com equipamentos necessários (computador, gravador, etc), ausência de orçamento para o CMS que permita custear as despesas, especialmente as de deslocamento de conselheiros para participar de eventos. Falta de preparo e de informação de alguns conselheiros associada a falta de compromisso. Poucos meios de divulgação das reuniões e da função do CMS, pouca representatividade e comunicação entre os conselheiros;	Falta de capacitação e conhecimento dos conselheiros, falta de estrutura física e material adequada, falta de secretaria executiva, falta de orçamento para o CMS, falta de articulação política dos conselheiros com suas bases, resistência da maioria dos gestores e desconhecimento de alguns sobre o papel do CMS na gestão. Pelos depoimentos o controle social através dos CMS em todos os municípios da região ainda é muito fraco	Falta de capacitação e conhecimento dos conselheiros, falta de estrutura física e material adequada, falta de secretaria executiva, falta de orçamento para o CMS, falta de articulação política dos conselheiros com suas bases, resistência da maioria dos gestores e desconhecimento de alguns sobre o papel do CMS na gestão. Pelos depoimentos o controle social através dos CMS em todos os municípios da região ainda é muito fraco	Uma boa parte dos Conselheiros desconhecem o seu papel, não participam das reuniões, depoimentos referem municípios em que não existe reunião e que o Livro de Atas é passado na residência dos membros do Conselho. Em outros, as plenárias cumprem apenas uma formalidade apenas para aprovar as determinações dos gestores. Este fato é relacionado a alguns fatores, dentre eles, a "politicagem" existente dos municípios de interior, o medo de ser perseguido, rotatividade alta dos conselheiros e nível de escolaridade baixo.	Falta de estrutura e apoio adequado. Falta de orçamento para o CMS (exceto o Grande Natal que pode ter apenas maior autonomia no uso dos recursos). Precariedade no acompanhamento das ações de saúde por parte dos Conselheiros. Resistência de alguns gestores a aceitar o papel do CMS e suas funções; Falta de interesse e compromisso de alguns conselheiros.

Dinâmica política da ação dos atores	I URSAP	II URSAP	III URSAP	IV URSAP	V URSAP	VI URSAP	Grande Natal
Principais obstáculos ao funcionamento dos CMS da região				Não cumprimento da agenda, alguns conselheiros que são quase vitalícios e pouca participação nas reuniões. Pelos depoimentos, o controle social dos CMSs da região foi considerado como bastante incipiente, faltando capacitação para que os conselheiros adquiram consciência crítica sob o seu papel e possam ter uma maior atuação face as políticas de saúde de seus municípios		Falta de capacitação dos conselheiros e de alguns gestores. E evidente a fragilidade desses conselhos que vem funcionando de forma pontual ou mesmo na ilegalidade. Não existe Comitê de Controle Social na sede da URSAP. A fiscalização dos conselhos ocorre de forma incipiente. Alguns não têm paridade e os membros não representam verdadeiramente o segmento. Falta estrutura física, material e de apoio administrativo. Falta orçamento para os CMS	Dificuldades em fazer chegar as informações aos Conselheiros de Saúde e destes para suas representações; Morosidade das respostas da SMS as demandas do CMS, dificuldade de acesso aos documentos e informações. Falta de visibilidade dos Conselheiros junto às comunidades; Inexistência de ouvidorias municipais; Dificuldades de articulação com o Ministério Público, Desconhe-cimento da área de saúde por parte das promo-tórias; Falta de informações aos usuários sobre os serviços do SUS; Falta de capacitação para os Conselheiros, para que possam aprimorar suas atuações nos Conselhos.

LISTA DE SIGLAS

CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFINS – Contribuição sobre Financiamento da Seguridade Social
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRESUS – Central de Regulação do SUS
DAD – Departamento de Apoio à Descentralização
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FMS – Fundo Municipal de Saúde
LOA – Lei Orçamentária Anual
MS – Ministério da Saúde
NESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PDI – Plano Diretor de Investimentos
PPI – Programação Pactuada Integrada
PSF – Programa Saúde da Família
PROQUALI – Programa de Melhoria da Qualidade
SESAP – Secretaria de Estado da Saúde Pública
SIS – Sistema de Informação em Saúde

SI-PNI – Sistema do Programa Nacional de Imunização
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS-PRENATAL – Sistema de Informação sobre a Atenção ao Pré-natal e ao Nascimento
SISCOLO – Sistema de Informações sobre as ações de prevenção ao Câncer de Colo Uterino
HIPERDIA – Sistema de Informação sobre Hipertensos
SIG - Sistema de Informações Gerenciais
SUS – Sistema Único de Saúde
URSAP – Unidade Regional de Saúde Pública
UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Essa publicação foi elaborada com
a fonte Impact na capa, Perpétua
e Goudy OlSt BT no miolo.
Capa em papel Cartão Supremo 250g e
miolo em offset 75g.
Impressa na Imprima Express
Impresso no Brasil/ *Printed in Brazil*

Permitida a reprodução parcial ou total dessa publicação desde que citada a fonte e para fins não comerciais.

Ministério
da Saúde



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

REPRESENTAÇÃO NO BRASIL



ISBN 85-89399-04-3

