

CIB
RORAIMA

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

RESOLUÇÃO
CIB N.º 18/04


O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE,
no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Plano Estadual de Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Estado de Roraima no valor total de R\$ 999.837,09(novecentos e noventa e nove mil, oitocentos e trinta e sete reais e nove centavos), Analisado e Discutido na Quarta Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite CIB/RR, ocorrida em 30 de abril de 2004.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua aprovação.

Boa Vista, 30 de abril de 2004.


PAULO ERNESTO COELHO DE OLIVEIRA
Presidente da CIB - RR



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**PLANO ESTADUAL DE FORTALECIMENTO DAS
AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA
ATENÇÃO BÁSICA DE RORAIMA**

ABRIL 2004

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**PLANO ESTADUAL DE FORTALECIMENTO DAS
AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA
ATENÇÃO BÁSICA DE RORAIMA**

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

CARLOS KONG - DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

LUCIANA DIAS PACOBAHIBA – COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA MATERNO INFANTIL

CLAUDIA MONTEIRO DE SOUZA – COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

MARGARIDA MARIA GONZAGA DE ARAÚJO.

EQUIPE DE COLABORAÇÃO:

ADRIANA LACERDA DE OLIVEIRA - COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

MARIA IRIS ROCHA GOMES - COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO/CARACTERIZAÇÃO	4
2. MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE.....	5
3. OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.	7
4. DESENHO DA REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ESTADO.....	9
5. METAS DA GESTÃO ESTADUAL:.....	11
6. EXECUÇÃO:.....	13
6.1 EQUIPES QUE PARTICIPARÃO DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO:.....	13
6.1.1 EQUIPE QUE PARTICIPARÁ DO MOMENTO INICIAL, COMPOSTA POR TÉCNICOS DOS SEGUINTEs ÁREAS DA SESAU:	13
6.1.2 EQUIPE AMPLIADA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:	13
7. CUSTOS E INVESTIMENTOS:	14
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:	15

1. IDENTIFICAÇÃO/CARACTERIZAÇÃO

Criação: Promulgado pela Constituição Federal de 1988

- CAPITAL: Boa Vista
- MUNICÍPIOS: 15 (Cantá, Alto Alegre, Bonfim, Amajari, Mucajaí, Pacaraima, Caracarái, São Luiz, São João da Baliza, Uiramutã, Caroebe, Rorainópolis, Iracema, Normandia e Boa Vista)

- EXTENSÃO TERRITORIAL: 225.116,10 km²

- LIMITES DO ESTADO:

NORTE com a Venezuela e República da Guiana;

SUL com o Estado do Amazonas;

LESTE com a República da Guiana e o Estado do Pará;

OESTE com a Venezuela e o Estado do Amazonas.

Os limites internacionais que se estendem por 1.922Km de fronteiras internacionais (958 km com a Venezuela e 964 km com a República da Guiana), faixa considerada de Segurança Nacional, que lhe confere uma posição estratégica quanto às relações internacionais entre o Brasil e os países fronteiriços.

A população estimada é de 367.701 habitantes (IBGE estimativa 2004), com uma densidade demográfica de 1,63 hab/km², a menor do Brasil. Sua população está em sua maioria (75%) nas cidades. Tem a população masculina (51,2%) maior que a feminina (48,80%). A economia é baseada na prestação de serviços públicos (Estado/Município) e tem como atividades mais importantes à agricultura, a pecuária e o extrativismo (de madeiras e minérios), esta última realizada predominantemente de forma clandestina. Na agricultura produz milho, soja, feijão, arroz e mandioca. A indústria concentra-se na construção civil, alimentícia, madeireira, de confecções, de calçados e a produção de serviços no turismo.

Possui 1.576 Km de rodovias estaduais, 1.512 Km de rodovias federais. 1.077 Km de rodovias municipais, além de 2.718 Km de estradas vicinais. A principal rodovia federal é a BR-174 que liga Manaus a Boa Vista com 758 Km, totalmente asfaltada. A BR-401, que liga Boa Vista á fronteira com a Guiana é totalmente asfaltada.

A Secretaria de Estado da Saúde, como órgão gestor do Sistema, vem se reestruturando organizacionalmente, objetivando sua melhor adequação às políticas e diretrizes elaboradas para o setor saúde no Estado.

A estrutura organizacional, ainda em estudo deverá ter um desenho que possibilite a gestão do sistema onde estejam fortalecidas as ações de Planejamento; Controle, Avaliação e Auditoria, Recursos Humanos e Assistência à Saúde em todos os níveis de competência.

TABELA 1: POPULAÇÃO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, RORAIMA, 2003.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	%
0 – 4	25.212	25.005	50.217	13,70
5 – 9	23.989	23.224	47.213	12,80
10 – 14	22.433	21.618	44.051	12,00
15 – 19	21.245	21.384	42.629	11,60
20 – 29	33.491	33.704	67.195	18,30
30 – 39	26.428	24.704	51.132	13,90
B40 – 49	17.813	15.473	33.286	9,00
50 – 59	9.530	7.599	17.129	4,70
60 – 69	4.940	4.044	8.984	2,40
70 - 79	2.251	2.067	4.318	1,20
80 e mais	756	791	1.547	0,40
TOTAL	188.227	179.474	367.701	100,00

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2004B.

2. MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE

A rede básica de serviços de saúde se encontra estruturada hierarquicamente em Postos, Centros, Unidades Mistas e Unidades Móveis, todos públicos, ligados diretamente as Secretarias Municipais de Saúde, Fundação Nacional de Saúde e Instituições Militares, com exceção de um Posto, um Centro de Saúde e uma Unidade Mista para atendimento específico da população indígena, ligados a instituição filantrópica sob a coordenação da Diocese local.

O Distrito Sanitário Indígena do Leste de Roraima, sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde está estruturado em pólos base com Postos de Saúde onde trabalham microscopistas e Agentes de Saúde Indígena no total de 113 postos, 279 agentes e 33 microscopistas, treinados para coleta e leitura de exames para diagnóstico da malária. Atendimentos básicos e distribuição de medicamentos são competências dos agentes de saúde, geralmente índios, residentes nos locais dos postos e treinados para execução destas atividades.

O Distrito Sanitário Yanomami, também sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde, está organizado com Postos de Saúde em número de 16, e a Unidade Mista Urihi Surucucu.

Os Postos de Saúde em número de 92 tem sua quase totalidade, localizada no interior do Estado com capacidade instalada para atendimentos básicos por recursos humanos de nível médio.

A produção de serviços apresenta números variáveis com média de 171 atendimentos/mês e cobertura de 2 atendimentos/habitante/ano considerando a população apenas do interior, uma vez que, a capital tem apenas 1 Posto de Saúde.

Vale lembrar que os atendimentos básicos também se realizam nos Centros de Saúde, Unidades Mistas e Hospitais o que certamente elevará a cobertura da população por este tipo de atendimento, e também que, as informações específicas por município deverão compor os planos municipais de saúde.

Os municípios ainda convivem com os dois modelos, mas com o Saúde da Família já despontando como a principal estratégia para o desenvolvimento das ações básicas de saúde.

O Programa de Saúde da Família está implantado em 13 municípios, que equivale 87% do total do Estado.

TABELA 2: DEMONSTRATIVO DO NÚMERO DE EQUIPES E COBERTURA POR MUNICÍPIO.

Município	Nº equipes	Cobertura %
Alto Alegre	04	9,3
Amajari	01	67
Boa vista	47	71
Bonfim	01	35
Cantá	02	57,3
Caracaraí	02	65
Caroebe	0	0
Iracema	01	87
Mucajai	03	83,2
Normandia	01	102
Pacaraima	03	103
Rorainópolis	04	68
São João da Baliza	02	56
São Luiz	02	89,6
Uiramutã	0	0
Total	73	67

Fonte: SESAU/RR

3. OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

O Estado dispõe de uma rede serviços ambulatoriais e hospitalares composta por 263 prestadores, sendo que 38% são de natureza Estadual, 44,11% Municipal, 9,1% Federal e 8,75% são privados.

A capital concentra os serviços de Alta Complexidade em Neurocirurgia, Gestação de Alto Risco e Urgência e Emergência.

Com rela o   Aten o Básica, 67% da popula o do Estado é coberta por equipes de Saúde da Família.

Dos recursos da assistência ambulatorial do Estado, 82,82% são gastos com os procedimentos de média complexidade e 17,18% com os procedimentos de alta complexidade.

A maioria dos municípios apresenta infra-estrutura de serviços de saúde, apesar de dificuldades no que diz respeito a equipamentos e recursos humanos.

Rede Ambulatorial do SUS

TABELA 3: UNIDADES AMBULATORIAIS POR MUNICÍPIO DO ESTADO 2003.

MUNICÍPIO	UNIDADES	MÉDIA/1000 HAB.
Alto Alegre	18	0,9
Amajari	18	3,1
Boa Vista	53	0,2
Bonfim	16	1,4
Cant�	21	2,2
Caracaraí	24	1,5
Caroebe	04	0,7
Iracema	01	0,2
Mucajaí	10	0,9
Normandia	20	3,5
Pacaraima	12	1,6
Rorainópolis	07	0,3
São João da Baliza	03	0,9
São Luiz	05	0,8
Uiramutã	11	1,8
TOTAL	223	0,62

Fonte: Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde.

Os recursos humanos da área da saúde no estado encontram-se constituídos por diversas categorias, entre elas: os servidores Federais do antigo território de Roraima, servidores pertencentes à Fun o de Assessoramento Temporário (FAT), servidores detentores de Cargos

Comissionados, além dos cooperados pela Cooperativa dos Profissionais em Saúde– CoopSaúde. Estes últimos sem vínculo empregatício formal e legal com o Governo do Estado.

QUADRO 1 – DEMONSTRATIVOS DOS SERVIDORES DA SAÚDE , SOB GESTÃO ESTADUAL, SEGUNDO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

FORMAS DE CONTRATAÇÃO	NÍVEL SUPERIOR	NÍVEL MÉDIO	NÍVEL BÁSICO	TOTAL	%
Cargo Comissionado	33	66	26	125	2,63
União	82	141	612	835	17,58
FAT	175	476	416	1067	22,46
Cooperativa	802	291	1930	2723	57,33
TOTAL	1092	974	2984	4750	100

Fonte: Departamento de Administração e Finanças/ Divisão de Pessoal/ SESAU/ RR

Os dados apresentados acima são estimados, pois encontramos alguns servidores assumindo mais de uma forma de contratação, indicam também que a distribuição dos profissionais de saúde vinculados ao SUS que se concentram em sua maioria no município de Boa Vista (75,24%), privilegiando, portanto a capital do Estado; o que exige, que a população dos demais municípios se desloque para ter acesso à saúde em procedimentos de média e alta complexidade.

Quando observamos os servidores sob gestão estadual, encontramos uma distribuição desproporcional quanto ao grau de escolaridade, sendo que 27,83% possuem formação superior, 20,51% ocupam os cargos de nível médio e 51,66% os de nível básico.

O Estado e a maioria dos municípios estão efetivando os servidores aprovados nos concursos públicos realizados no final de 2003 o que vai gerar alterações no quadro acima.

Como potencialidades podemos ressaltar:

- A ligação por estrada, asfaltada, a 80% das sedes dos municípios;
- 93,3% dos municípios são habilitados em gestão plena de atenção básica e a capital habilitada em gestão plena do sistema municipal de saúde, todos pela nob/96;
- a adesão à estratégia de saúde da família como a principal para a atenção básica;
- o movimento para estruturação dos serviços visando a habilitação em uma condição mais avançada pela noas/02;

Principais Dificuldades:

- Insuficiência de recursos humanos de nível superior;
- Dificuldade de contratação dos profissionais de nível superior;
- Dificuldade de oferecer salário mais condizente com a carga horária exigida;
- Estrutura insipiente das Secretarias Municipais de Saúde (física, equipamentos, tecnologias, materiais, etc);
- Baixa densidade demográfica nos municípios do interior;

- A existência de comunidades indígenas, organizadas em distritos, dentro da área territorial dos municípios;

- A inexistência de referência e contra referência organizada e pactuada no Estado.

A articulação da Atenção Básica com os outros níveis de atenção se dá de forma pontual e através de encaminhamentos.

4. DESENHO DA REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ESTADO

A Secretaria de Saúde de Roraima em conjunto com os gestores municipais, definiram pelas características de oferta de serviços de saúde e de acesso apenas uma microrregião no Estado com oito módulos assistenciais. Os Municípios sede de módulo são: Alto Alegre Boa Vista (Pólo da Microrregião), Bonfim, Caracarái, Mucajaí, Pacaraima, Rorainópolis, São Luiz.

Microrregião BOA VISTA



Composta por 08 sedes de módulos assistenciais

Composta por 01 pólo assistencial

O processo de municipalização da saúde em Roraima necessita da presença ativa do Governo Estadual em diversas áreas: no planejamento e programação das ações supra municipais; na definição das prioridades e no investimento direto, sobretudo para a adequação da rede pública; na capacitação de recursos humanos; no apoio e na cooperação técnica para a implantação de novos modelos assistenciais.

A recuperação da capacidade de intervenção do Governo Estadual no processo de descentralização será priorizada através de duas estratégias complementares: a cooperação técnica e o planejamento e a gestão regionalizada, tendo como referência os pólos regionais de saúde e as microrregiões de saúde.

A efetiva implantação da NOAS/02 está em processo de construção começando pela reestruturação da Secretaria de Estado da Saúde e em paralelo a organização de apoio aos municípios para a sua nova habilitação.

A saúde está organizada em articulação direta das Secretarias municipais com a Secretaria Estadual.

A assistência básica é prestada pelos municípios com apoio na forma de financiamento pelo estado, a Média e alta complexidade de adultos está sob a gestão estadual e a infantil sob a gestão do município de Boa Vista. O sistema de referência e contra referência ainda não está implantado continuando a prevalecer o sistema de encaminhamento pontual, conforme a necessidade.

A coordenação Estadual do PACS/PSF assim como outros serviços têm deficiência de recursos humanos, o que leva a realização pontual das ações de supervisão, monitoramento e avaliação.

As avaliações e pactuações são realizadas de forma integrada com os demais setores da secretaria. Apesar das dificuldades consegue-se uma boa integração com a maioria dos programas.

O controle e avaliação da gestão funcionam de forma insipiente, os pontos a serem reestruturados são muitos, o que leva a necessidade de redimensionamento da estrutura física, de equipamentos e recursos humanos.

O Plano diretor de Investimento do Estado prevê o reaparelhamento das unidades de saúde, e já está em fase de execução. Esta previsão levou em conta a necessidade de ampliação dos serviços e a estrutura necessária para melhoria da qualidade e resolutividade da assistência prestada visando à diminuição das diferenças regionais.

A Atenção Básica está inserida no Departamento de Programas Estratégicos, onde estão todos os programas da área de saúde, inclusive a coordenação do PACS/PSF. Na proposta do novo organograma está em estudo a constituição do Departamento de Atenção Básica, que dará maior agilidade à ação e estratégia.

Na parte orçamentária para a Atenção Básica estão previstos recursos no PPA –2004-2007 para Implementação do Atendimento Contínuo e Integral a Família e a Comunidade, onde são contempladas ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitárias, e PACS/PSF.

Os sistemas de informações - SIM, SINAN, SINASC - na Sesau são gerenciados pelo departamento de Epidemiologia e a Coordenação do PACS/PSF é responsável pelo SIAB. O intercâmbio de informações entre os diversos sistemas ocorre pontualmente, de acordo com a necessidade da Secretaria, ou seja, quando da elaboração de planos, projetos, etc.

O Estado não possui um plano de monitoramento e avaliação. A inexistência deste plano aliado ao reduzido quadro da Coordenação Estadual do PACS/PSF, do setor de sistema de informação/epidemiologia dificulta a realização desta atividade, sendo realizada de forma pontual por algumas coordenações.

O Plano Estadual contempla nas metas da gestão, maior integração intersetorial para promover a realização de um diagnóstico fiel da situação da assistência à saúde prestada nos diversos níveis, com enfoque nos problemas de saúde prioritários, subsidiando assim a elaboração de um plano de ação com o objetivo de corrigir as falhas, minimizar prejuízos e planejar ações estratégicas.

A programação da assistência foi elaborada pela primeira vez no final do ano passado, com a participação de todos os municípios e sob a orientação do Estado, para tanto foram

avaliados os desempenhos de cada um em cada nível de complexidade e os dados dos Sistemas de Informações em Saúde - SIS. Esta avaliação deverá ocorrer de forma sistemática utilizando-se a mesma metodologia, as oficinas com municípios.

A Programação Pactuada Integrada PPI-ECD é elaborada, de forma integrada com o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e com as Agendas de Saúde; com base em avaliação previa da Programação anterior, observando-se o alcance das metas e as dificuldades nas metas não atingidas, não existe um instrumento padronizado (para todas as UF), utilizando-se análise dos próprios sistemas de informação e instrumentos específicos de cada área técnica da Vigilância Epidemiológica.

5. METAS DA GESTÃO ESTADUAL:

A implantação do desenho da regionalização apesar de iniciada ainda necessita de grandes investimentos na infraestrutura dos serviços e na ampliação da capacidade de atendimento de cada unidade de saúde.

Para efetivação da regionalização a SESAU/RR está investindo na organização da assistência, que começou pelo exercício de fomentar a avaliação (PPI-ECD, Pacto dos Indicadores e das Agendas de Saúde) como instrumento de gestão junto aos municípios e à própria SES, visando tornar um exercício permanente.

Através do acompanhamento e da avaliação da assistência em todos os níveis de complexidade entende-se que a articulação pode ser melhorada e efetivada.

A organização da Atenção é uma das prioridades da gestão e para tanto já está em curso a reformulação da estrutura organizacional da SES, com a elaboração do organograma, que tem como meta entre outras a readequação do quantitativo de recursos humanos, equipamentos e estrutura física.

É necessária a integração das ações de prevenção e cura, a atuação integrada e programada sobre os problemas relevantes de saúde em âmbito estadual e municipal, sem descuidar da assistência à demanda espontânea. De outro lado, determinados problemas exigem uma atuação articulada dos diversos setores em que se divide a organização governamental. Além disso, toda ação programada deve ser pensada tendo como referência permanente à parceria dos níveis de governo (federal, estadual e municipal). Nesse capítulo, deve-se priorizar:

- ação intersetorial para o enfrentamento dos problemas sócio-sanitários ambientais, inclusive saneamento básico.
- territórios e grupos sociais afetados por grandes endemias: malária, hanseníase, hepatite, dengue, leishmaniose, etc;

- ações intersetoriais de combate à desnutrição, à violência, à dependência de álcool e drogas, prostituição, etc;

- a implementação do sistema de vigilância epidemiológica estadual;

- a implantação e implementação de novos mecanismos, ágeis e permanentes, de controle e avaliação de serviços e produtos;

Priorização de alguns problemas de saúde, como acidentes de trânsito, a mortalidade infantil e a materna, doenças cardiovasculares, doenças mentais, neoplasias, DST/AIDS, acidentes de trabalho (urbano e rurais), etc.

Apoio à construção de novos modelos assistenciais e gerenciais, a partir dos problemas priorizados nos próprios municípios;

Apoio à implantação do processo de planejamento, controle e avaliação permanente, tendo como referência os indicadores de impacto das ações;

Apoio ao fortalecimento dos sistemas municipais de informação em saúde;

Descentralização do processo de capacitação de recursos humanos;

Apoio no fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e controle de endemias nos Municípios.

Formação de quadros em áreas estratégicas: planejamento, epidemiologia, RH, gestão, etc;

Programa de formação, capacitação e reciclagem de RH para a municipalização e a implantação de novas práticas e modelos assistenciais;

Apoio e estímulo aos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva;

Apoio e estímulo aos Cursos Especializados e Residências na área de Saúde da Família;

Política de estímulo à interiorização

Melhorar o processo de informação e comunicação internas e externas da organização;

Flexibilização das relações de autoridade e desenvolvimento do trabalho por projetos, em equipes e grupos multidisciplinares.

Realizar 04 visitas de supervisão anuais aos municípios

Nesse sentido, as estratégias a serem desenvolvidas têm pelo menos seis linhas de ação:

- Estabelecimento e consolidação de parcerias;

- Atuação intersetorial;

- Cooperação técnica;

- Trabalhar orientado por problemas, objetivos, resultados e projetos;

- Desenvolvimento dos Sistemas Microrregionais dos Serviços de Saúde;

Programação Pactuada e Integrada, pacto dos Indicadores da Atenção Básica e Agendas de Saúde, enquanto instrumento de gestão, gerência e organização do SUS/RR, com acompanhamento mensal e avaliação trimestral, através de oficinas com todos os municípios.

6. EXECUÇÃO:

A avaliação tenta trazer respostas a perguntas a respeito dos resultados esperados de um programa, ação ou serviço. O objeto pode ser o impacto ou até os processos. O fundamental, quando se fala em avaliação, é ter claro que ela seve para definir se algo é ou não bom, digno de ser prosseguido ou deve ser interrompido. Para isso deve-se explicitar os critérios utilizados, a que necessidades ou interesses esses critérios respondem e que pode ser favorecido ou prejudicado em presença desses resultados.

“O Monitoramento implica no rastreamento dos avanços no sentido da consecução das metas, especialmente visa acompanhar as tendências dos resultados no decorrer do tempo em certos grupos e áreas a fim de estudar os fatores determinantes de tais resultados e proporcionar informações aos formuladores de políticas sobre a eficácia das atividades”.(RUBIO, et all).

O monitoramento e a avaliação são duas atividades complementares. Destinam-se a reunir analisar sistematicamente informações para elevar o impacto das ações realizadas. Diferem quanto aos requisitos de informações, metodologia e ao uso final.

6.1 EQUIPES QUE PARTICIPARÃO DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO:

6.1.1 EQUIPE QUE PARTICIPARÁ DO MOMENTO INICIAL, COMPOSTA POR TÉCNICOS DOS SEGUINTEZ ÁREAS DA SESAU:

- a. Epidemiologia -02, -01 da Vigilância/ 01 Sistema de informação.
- b. Atenção Básica - 01 PACS/PSF / 01 Materno Infantil
- c. Controle e avaliação -01
- d. Assistência a Saúde-01
- e. Planejamento - 01
- f. Conselho Estadual de Saúde - 01

6.1.2 EQUIPE AMPLIADA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- a) Epidemiologia - 02, -01 da área de Vigilância/ 01 Sistemas de inf.
- b) Atenção Básica -02 - 01 PACS/PSF/01 Materno Infantil
- c) Controle e avaliação -01
- d) Vigilância Sanitária-01
- e) Planejamento - 01
- f) Assistência a Saúde - 01

- g) Auditoria – 01
- h) Controle Interno – 01
- i) Conselho Estadual de Saúde - 01
- j) Núcleo de Educação Permanente - 01
- k) Informática – 01
- l) COSEMS – 01

6.1.3 EQUIPE DO NÚCLEO COORDENADOR DAS AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- a) Epidemiologia -01 da Vigilância
- b) Atenção Básica - 01 PACS/PSF
- c) Controle e avaliação –01
- d) Conselho Estadual de Saúde - 01

7. CUSTOS E INVESTIMENTOS:

Os recursos financeiros foram planejados para dar condições de implantação e implementação das ações de Monitoramento e Avaliação no Estado de Roraima.

QUADRO 2: RECURSOS FINANCEIROS PARA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NO ESTADO DE RORAIMA.

ATIVIDADE	VALOR
Contratação de centros colaboradores	R\$ 280.000,00
Capacitação	R\$ 140.000,00
Diárias	R\$ 250.250,00
Passagens	R\$ 137.495,68
Aquisição de Veículo:	R\$ 75.000,00
Aquisição Equipamentos:	R\$ 36.260,00
Materiais Permanentes	R\$ 17.000,00
Materiais de Consumo	R\$33.000,00
Serviços de terceiros pessoa jurídica	R\$ 30.831,41
TOTAL	R\$ 999.837,09

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

G. RUBIO, G. PRENNUSHI, e K. SUBBARAO – Monitoramento e Avaliação.

MALIK, ANA MARIA; SCHIESARI, LAURA MARIA CESAR - Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde, 1998.

AJUDA MEMÓRIA DO PLANO ESTADUAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
DO ESTADO DE RORAIMA

Diárias: 04 supervisões ao ano - com equipe de 5 técnicos e 01 motorista duração média de 3 dias e meio (incluindo o deslocamento) – Valor da diária R \$ 100,00 (cem reais

Para Supervisão dos Municípios do Interior

Ano	Técnicos	Dias X municípios	N total diárias	Frequência	Valor unit	Valor total
2004	05	49	245	04/ ano	100,00	98.000,00
2005	05	49	245	04/ ano	120,00	117.600,00

Obs: considerando 4 dias de supervisão para efeito de solicitação e 3,5 para efeito de pagamento.

Técnicos Para Fora do Estado

Ano	Técnicos	Dias	N total diárias	Frequência	Valor unit	Valor total
2004	07	7,5	105	2 ano	155,00	16.275,00
2005	07	7,5	105	2 ano	175,00	18.375,00

Passagens

Aéreas	Quantidade	Valor unit.R\$	Valor total
2004	14	3.574,40	50.041,60
2005	14	4.646,72	65.054,08

Passagens

Terrestre	Quantidade	Valor unit.R\$	Valor total
2004	280	50,00	14.000,00
2005	140	60,00	8.400,00

Ordem	Especificação	Quantidade	Preço unitário	Total
	Carro cabine dupla- tração nas 4 rodas e ar condicionado	01	75.000,00	75.000,00
	TOTAL			75.000,00

Ordem	Especificação	Quantidade	Preço unitário	Total
	Mesa tipo Escrivadinha – Em madeira de lei, 03 gavetas e chave, medindo aproximadamente 1,20 m de largura x 0,70 m de profund. x 0,72 m de altura.	03	700,00	2.100,00
	Cadeiras com apoio de braços , móvel (rodinhas) com ajuste de respaldar e altura	15	250,00	3.750,00
	Mesa de reunião , redonda ou oval, 15 lugares/ com suas cadeiras.	01	2.000,00	2000,00
	Armário em Aço – 02 portas c/ chave, 04 prateleiras, tratamento antiferruginoso, medindo aproximad. 1,20 m de largura x 2,00 m de altura.	2	910,00	1.820,00
	Estantes aço inox para biblioteca 5 prateleiras	03	80,00	2.640,00
	Estante de divisórias para pastas AZ com porta e chave	02	900,00	1.800,00
	Quadro branco 2,50x 1.80 mts	02	300,00	600,00
	Quadro de avisos madeira com fundo de cortiça e feltro	01	300,00	300,00
	Mesa para telefone /aparelho de fax	03	120,00	360,00
	Estante para computador	02	350,00	700,00
	TOTAL			16.070,00

Ordem	Especificação	Quantidade	Preço unitário	Total
	Notebook , com gravador de Cd e demais especificações.	01	10.000,00	10.000,00
	Micro computador	02	3.700,00	7.400,00b
	Nobreak	02	700,00	1.400,00
	HUB 8 portas	01	250,00	250,00
	datashow	01	9.000,00	9.000,00
	Impressora laser P/B com função de xerox	01	1.200,00	1.200,00
	Aparelho de fax	01	800,00	800,00
	Aparelho telefônico	02	80,00	160,00b
	Scanner de mesa tamanho officio	01	350,00	350,00
	Câmera fotografia digital mínimo 3000 pixels	01	1.500,00	1.500,00
	Calculadora de mesa c/ bobina de papel	03	400,00	1.200,00
	Ar condicionado (Unidade externa 30.000 BTUs	01	3.000,00	3.000,00
	TOTAL			36.260,00

Ordem	Especificação	Quantidade	Preço unitário	Total
	Cd virgem sem capa caixa 100unds	05	1,50	750,00
	Tonner preto p/ impressora laser	10	800,00	8.000,00
	CD regravável caixa com 10 Unidades	10	9,00	900,00
	Material de expediente			7.000,00
	Calculadora portátil	10	10,00	100,00
	Cartucho P/B	10	174,00	1.740,00
	Cartucho colocado para impressora LEXMARK – Z42/43	20	185,00	3.700,00
	TOTAL			22.190,00