

**SEMSAU**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (2014-2017)**

**Prefeito:** João Adalberto Testa  
**Secretária Municipal de Saúde:** Clarice M<sup>a</sup> Ebeling

Itapuã do Oeste/RO.

## IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

**Município:** Itapuã do Oeste/RO

**CEP:** 76.861.000

**População** 8.566 (fonte do IBGE) **Código:** 1101104

**IDHM:** 0,614

**Extensão Territorial:** 4.081,583 **Área (Km<sup>2</sup>)**

**Densidade demográfica:** 2,09 hab/km<sup>2</sup>

**Mesorregião:** Madeira-Guaporé

**Microrregião:** Porto Velho

**Prefeito:** João Adalberto Testa

**Secretária Municipal de Saúde:** Clarice Maria Ebeling

**Endereço:** Avenida Airton Sena nº1425, Centro

**Fone:** (69) 3231 2330

**E-mail:** [semsaupmio@hotmail.com](mailto:semsaupmio@hotmail.com)

**Colegiado** da IV Gerencia Regional de Porto Velho

### **Comissão Técnica, Port. N° 289/GAB-PMIO/13.**

Enfermeira: Débora Caldeira Sales

Enfermeira: Luciene Pacheco

Enfermeira: Luana Cavalcante

Téc. Do SINAN: Itamar Martins de Araújo

Téc. Do CNES: Liara Hoffmann

Téc. Do SIAB, SISPRENATAL: Maria Cristina de Oliveira

Téc. De Enfermagem: Marli Conceição dos Reis

## **Apresentação**

Apresentamos o Plano Municipal de Itapuã do Oeste para o período de 2014 a 2017, com a análise situacional e epidemiológica, que subsidia os objetivos, metas e atividades que deverão nortear as agendas municipais de saúde dos anos seguintes que serão elaboradas pelos técnicos de saúde do município e o Conselho Municipal de Saúde.

O compromisso de governo de Itapuã do Oeste com a saúde de nossa população esta em consonância com as políticas de saúde Federal e Estadual. Conforme os princípios e diretrizes dos instrumentos jurídico-legais que regulam o funcionamento do SUS. As diretrizes políticas (universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular) estão contidas na Constituição Federal, nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, Leis Orgânicas do Estado e do Município e em outras leis e portarias que regem o Sistema de Saúde.

### **Objetivos:**

O Plano Municipal de Saúde, instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde, refere-se a um período de governo de 04 anos (2014 a 2017) e constitui um documento formal de política de saúde do município.

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

## 1. ANÁLISE SITUACIONAL

### 1.1 Estrutura Organizacional

Rede física instalada:

Nível de Complex	Quant	Unidade	Vinculação Institucional
Atenção Básica	01	Unidade Básica de Saúde com a ESF Central;	Municipal
	01	Unidade Básica de Saúde com a ESF Adalberto Testa;	Municipal
	01	Unidade Básica de Saúde Itinerante, com ESF na zona rural (linha B40);	Municipal
	01	Unidade de Vigilâncias em Saúde (Dengue, Malaria, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária).	Municipal
Média Complex	01	Hospital de Pequeno Porte –HPP-- José Baioco;	Municipal
Outros	01	Laboratório UTRACLIN	Prestador de Serviço

Fonte: M. S - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

## 2. Equipamentos

Município: Itapuã do Oeste

Código	Equipamento	Existentes	Em Uso	Existentes SUS	Em Uso SUS
1-EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM					
04	<u>Raio X ate 100 mA</u>	1	1	1	1
2-EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA					
21	<u>Controle Ambiental/Ar-condicionado Central</u>	2	2	2	2
7-EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA					
80	<u>Equipo Odontologico</u>	2	2	2	2
81	<u>Compressor Odontologico</u>	1	1	1	1
82	<u>Fotopolimerizador</u>	1	1	1	1
83	<u>Caneta de Alta Rotacao</u>	2	2	2	2
84	<u>Caneta de Baixa Rotacao</u>	1	1	1	1

TOTAL		7	7	7	7
<b>EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA</b>					
58	<u>Incubadora</u>	1	0	1	0
<b>6-OUTROS EQUIPAMENTOS</b>					
73	<u>Bomba de Infusao de Hemoderivados</u>	1	1	1	1
74	<u>Equipamentos de Aferese</u>	1	1	1	1
78	<u>Forno de Bier</u>	1	1	1	1

[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipamento](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento)

Codigo	Descrição	Existente	Sus	Não Sus
33	<u>CLINICA GERAL</u>	12	12	0
43	<u>OBSTETRICIA CLINICA</u>	3	3	0
<b>Sumário</b>				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		12	12	0
TOTAL GERAL		15	15	0

[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipamento](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento)

### 3. Profissionais do SUS

Nº	CARGO	QUANTIDADE
01	DENTISTA	02
02	ENFERMEIRO	05
03	ENFERMEIRO ESTRATEGIA DA SAUDE FAMILIA	02
04	MEDICO CLINICO	04
05	MEDICO ESTRATEGIA DA SAUDE FAMILIA	02
06	TECNICO EM ENFERMAGEM	04
07	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	08
08	TECNICO DE ENFERMAGEM ESTRATEGIA DA SAUDE FAMILIA	02
09	AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA ESTRATEGIA DA SAUDE FAMILIA	01
10	AUXILIAR EM SAUDE BUCAL ESTRATEGIA DA SAUDE FAMILIA	02
11	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	02
12	AGENTE DE SAUDE PUBLICA	03
13	AUXILIAR DE ESCRITORIO EM GERAL	02
14	ASSISTENTE ADMIMISTRATIVO	06
15	DIGITADOR	01

16	RECEPCIONISTA EM GERAL	05
17	COZINHEIRO	05
18	SERVIÇOS GERAIS	06
19	FAXINEIRO	03
20	AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	29
21	VISITADOR SANITARIO	15
22	AUXILIAR DE LABORATORIO	02
23	MICROSCOPISTA	01
24	VIGILANTE	03
25	VIGIA	05
26	ATENDENTE DE FARMACIA	01
27	MOTORISTA	07
28	GERENTE DE SERVIÇO DE SAUDE	01
29	GERENTE ADMINISTRATIVO	03

<http://cnes.datasus.gov.br>

### 3.2 Condições Geográficas, Demográficas e socioeconômicas:

Localiza-se a margem da BR 364, a 108 Km da capital Porto Velho, e foi criado pela Lei nº 364 de 13 de Fevereiro de 1992 com o nome de Jamari, sendo alterado pela Lei Estadual nº 747 de 24 de outubro de 1997 como nome de Itapuã do Oeste.

Sua atividade econômica advém de pequenos meios comércios, agricultura familiar, agronegócio, uma reserva extrativista, uma mineradora de cassiterita, da extração de madeira e de servidores públicos, sua população esta em maior numero na zona rural havendo uma certa dificuldade em realiza as ações e essas populações devido as distâncias a serem percorridas e aos obstáculos naturais da Amazônia.

LIMITES: **Norte:** Candeias do Jamari, **Sul:** Alto Paraíso e Rio Crespo, **Leste:** Cujubim, **Oeste:** Candeias do Jamari, **Distancia à capital do Estado:** 108 km.

- Altitude 195m acima do nível do mar
- Latitude 09°12'18"
- Longitude 63°10'48"
- Temperatura Media do mês mais frio 21° a 26° C
- Temperatura Media do Mês mais quente 26° a 29° C
- Unidade Relativa do Ar Superior a 80%
- Pluviosidade Media anual Superior a 2.200mm
- ÁREA: 4.081,583 km<sup>2</sup>

Obs.: Devido às condições climáticas, vegetação é do tipo megatérmica, caracterizando-se pela floresta subcaducifólia, com predominância de árvores altas, troncos de pequenos diâmetros e copas pouco desenvolvidas.

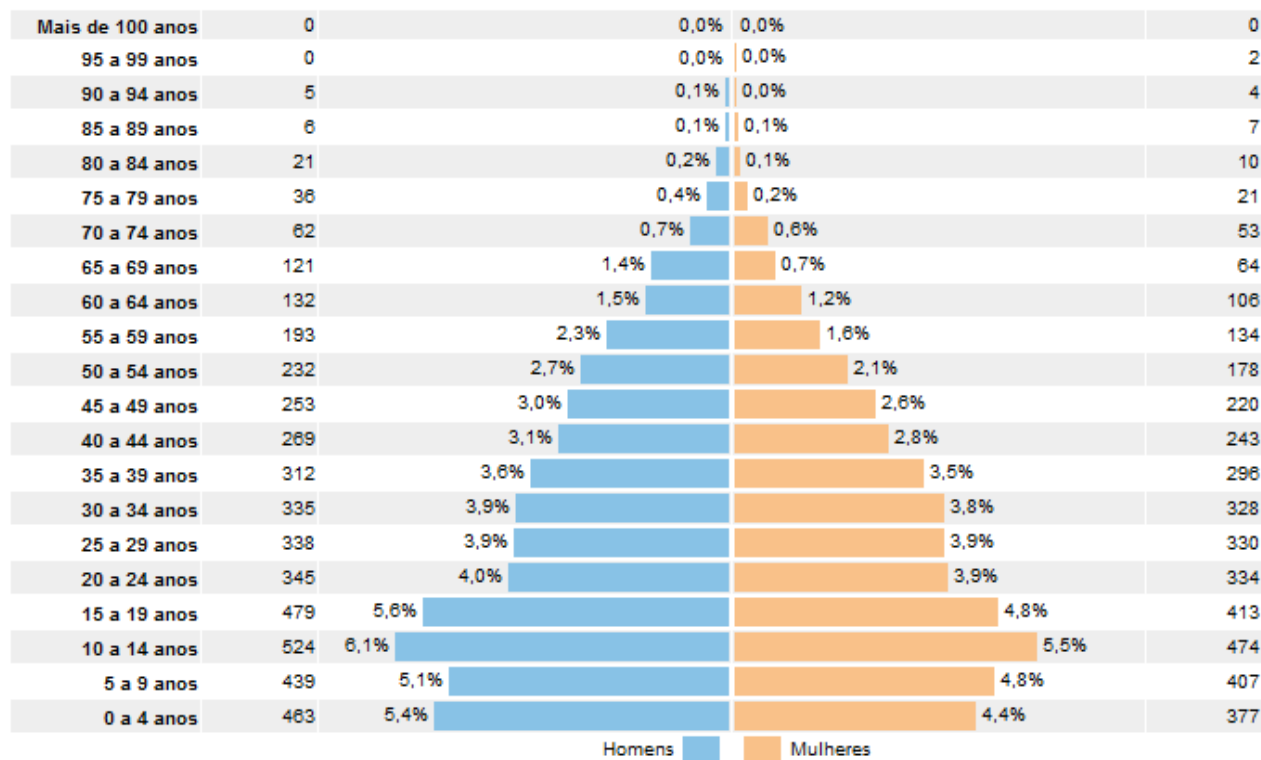
Sua população estimada é de 8.566 habitantes (fonte IBGE, contagem da população 2010). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Itapua do Oeste é 0,614, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,228), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,125), seguida por Longevidade e por Renda.

<b>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Itapua do Oeste –RO.</b>			
IDHM e componentes	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
IDHM Educação	0,135	0,260	0,488
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	18,53	22,83	33,95
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	13,32	49,79	79,06
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	24,62	44,46	87,79
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	8,19	9,84	40,67
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	0,00	6,64	25,92
IDHM Longevidade	0,568	0,669	0,751
Esperança de vida ao nascer (em anos)	59,06	65,16	70,08
IDHM Renda	0,552	0,629	0,633
Renda per capita (em R\$)	248,40	400,02	411,36

Fonte do (IBGE 2010)

Sua população estimada é de 8.566 habitantes, sendo que 5.017 população urbana e 3.549 população rural.

**Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade**  
**Itapuã do Oeste (RO) - 2010**



Fonte do (IBGE 2010)

### 3.3 Demografia e Saúde

Entre 2000 e 2010, a população de Itapuã do Oeste teve uma taxa média de crescimento anual de 2,30%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 6,84%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 0,00%.

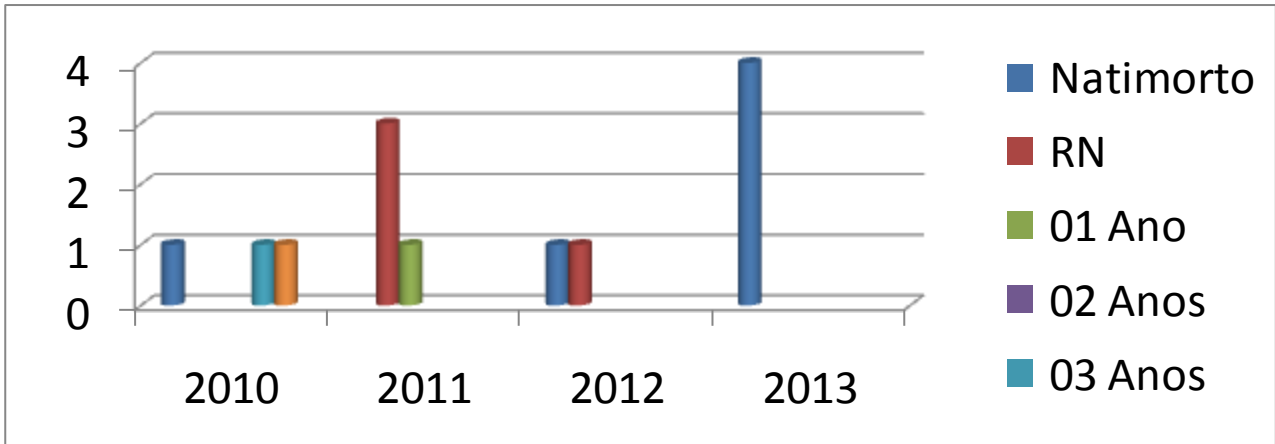
<b>População Total, por Gênero, Rural/Urba e Taxa de Urbanização - Itapuã do Oeste</b>						
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
<b>População total</b>	3.761	100,00	6.822	100,00	8.566	100,00
<b>Homens</b>	2.081	55,33	3.640	53,36	4.565	53,29
<b>Mulheres</b>	1.680	44,67	3.182	46,64	4.001	46,71
<b>Urbana</b>	0	0,00	3.677	53,90	5.222	60,96



<b>Rural</b>	3.761	100,00	3.145	46,10	3.344	39,04
<b>Taxa de Urbanização</b>	-	0,00	-	53,90	-	60,96

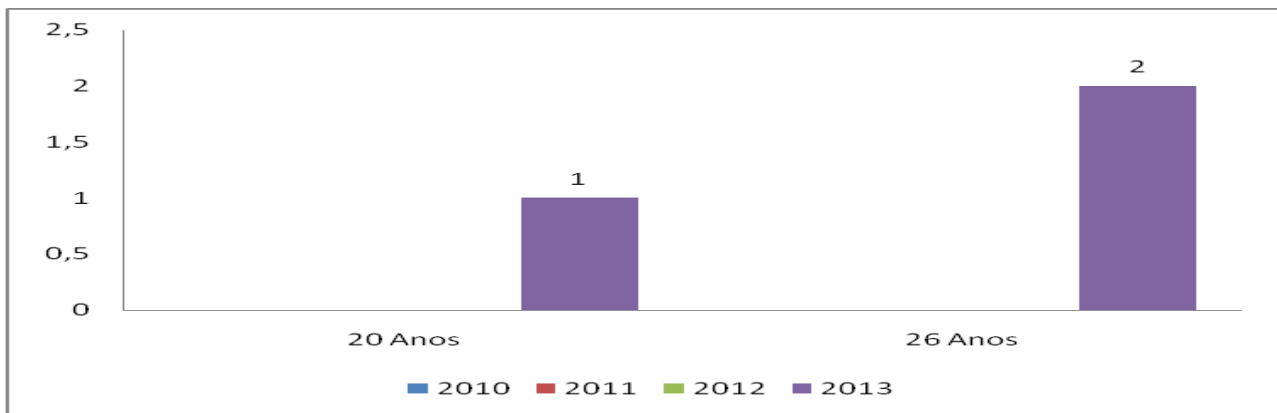
Fonte do (IBGE 2010)

### Mortalidade Infantil



Fonte: SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

### Mortalidade Materna



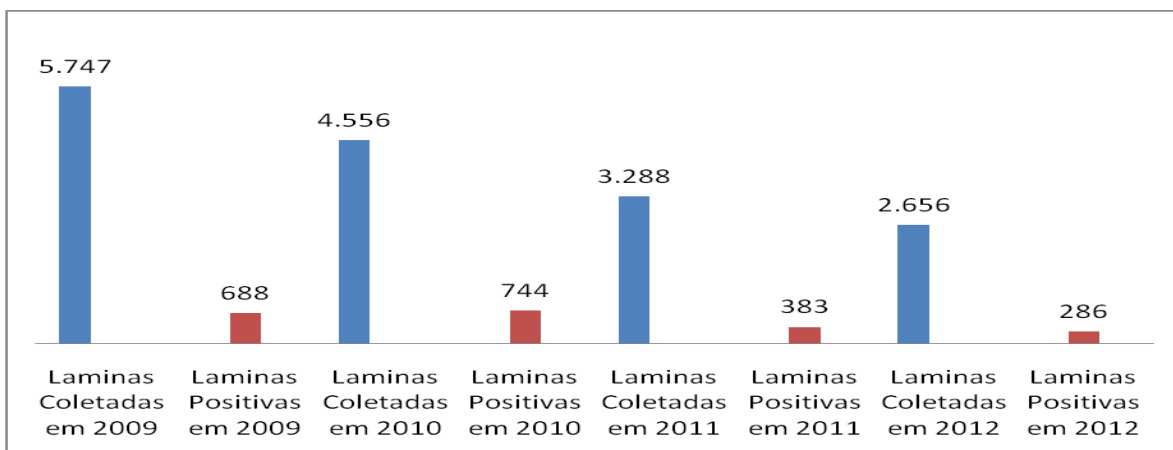
Fonte: SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

#### **4. O vetor da malária em Rondônia**

No Estado de Rondônia, diversos estudos entomológicos foram realizados, tanto em áreas urbanas como em áreas próximas aos principais rios do estado: Guaporé, Mamoré e Madeira.

Dentre os estudos realizados em área urbana, Lourenço-de-Oliveira et al. (1989) realizaram estudos em Ariquemes, Machadinho d'Oeste, Cujubim, e Itapuã do Oeste, de 1985 a 1988. O *An. darlingi* foi o anofelino mais abundante nos municípios, tendo seu pico de atividade durante o pôr do sol e as primeiras horas da noite, confirmando ser o vetor primário da malária nesta área. Foi mais abundante fora do que no interior das casas, diminuindo conforme se distanciava das habitações, sendo escasso na floresta, em média de captura por 10 horas. Oliveira-Ferreira et al. (1990), também nas mesmas localidades acima mencionadas, realizaram capturas de mosquitos e ensaio imunoradiométrico (IRMA) para verificar quais anofelinos estavam transmitindo malária. Foram encontradas 12 espécies de *Anopheles*, sendo a maioria *An. darlingi*. Quanto à infecção, as espécies encontradas infectadas foram *An. darlingi*, *An. triannulatus*, *An. albitarsis*, *An. oswaldoi*, *An. strodei* e *An. Braziliensis*. A maioria dos espécimes foi encontrada infectada por *P. falciparum*.

#### **NUMEROS DE LAMINAS POSITIVAS DE MALARIA DOS ANOS de 2009 a 2012**



Fonte: SIVEP – Malária

## 5. SECRETARIA DE SAÚDE DE ITAPUÃ DO OESTE (SEMSAU)

A Secretária Municipal de Saúde de Itapuã do Oeste tem como missão “cuidar de forma integral da saúde do cidadão em Itapuã, assegurando seus direitos e respeitando as diversidades” em concordância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), que apresenta como princípios e diretrizes e universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e a igualdade da assistência à saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSAU) é órgão da estrutura administrativa do governo municipal, constituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por finalidade precípua a formulação da política municipal de saúde, a gestão do Sistema Municipal de Saúde e a execução de ações, em consonância com as disposições da Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). É formada por órgãos da administração direta, assim constituídos.

Art. 13. A Secretaria Municipal da Saúde tem por finalidade formular, executar e avaliar as políticas de saúde pública do Município, tendo a seguinte estrutura organizacional:

- I. Secretário
- II. Agentes Administrativos e Financeiros
- III. Diretoria de Vigilância à Saúde
- IV. Coordenadora da Atenção Básica

§ 2º. **Agentes Administrativos e Financeiros** tem por finalidade planejar, coordenar, promover, supervisionar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à administração financeira, orçamentária, contábil, de material, de recursos humanos, de serviços e de patrimônio, no âmbito da Secretaria.

§ 3º. **A Diretoria de Vigilância à Saúde** tem por finalidade planejar, coordenar, promover, supervisionar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde ocupacional no Município

§ 4º. **Coordenadora da Atenção Básica** tem por finalidade formular, promover e avaliar a política de saúde, bem como planejar, coordenar, promover, supervisionar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à saúde da população no Município. A Coordenadora tem por finalidade planejar, coordenar, elaborar e acompanhar os planos, programas e projetos da área de saúde do Município.

### **5.1 SÍNTESE DOS MOVIMENTOS DA GESTÃO E PLANEJAMENTO DA GESTÃO**

- Ampliação do número de Equipes de Saúde da Família.
- Busca de projetos para o fortalecimento das ações de saúde junto ao Ministério da Saúde
- Incentivo a qualificação permanente dos trabalhadores, inclusive com a implantação do Plano de Cargos Carreira e Salários;
- Aquisição de imóveis para unidades.
- Discussão de protocolos assistenciais de atenção básica em articulação com o Controle, Avaliação e Regulação;
- Tratando os agravos do escopo de atuação da Vigilância em Saúde;
- Estruturação da supervisão do PACS/PSF; reorientando a ação para a consolidação da estratégia no município;
- Estruturação da Assistência Farmacêutica (básica e especializada) com a reorganização do processo de distribuição e dispensação de medicamentos nas unidades de saúde;

### **Dificuldades/limitações/entraves**

- Dificuldade na contratação de Farmacêuticos para as Farmácias básicas, devido escassez de profissionais para atuar na Atenção Básica.
- Dificuldade na contratação de médicos especialistas, dada a escassez desses profissionais no mercado, e devido recursos financeiros;
- Limitações nos recursos financeiros e orçamentários, dada a arrecadação do município ser inferior ao necessário para a manutenção das ações e serviços de saúde;
- Falta de RH do nível Técnico e profissional mais engajado com o trabalho.
- Falta mais apoio do Governo Estadual e Federal.

## **6. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: uma construção coletiva pautada na implicação dos sujeitos e dos coletivos**

### **INTRODUÇÃO**

O Plano de Saúde é uma exigência legal definida como atribuição comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios na Lei nº. 8080/90.

De acordo como Ministério da Saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS) é um “instrumento de gestão que consolida o processo de planejamento na área da saúde para um período de quatro anos, compondo a base das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS” (BRASIL, 2001, p. 10). É também definido como um dos requisitos necessários para que municípios recebam os recursos do Fundo Nacional de Saúde (Lei nº. 8142/90) e para que sejam habilitados em qualquer das formas de gestão do SUS (NOAS Portaria GM nº. 399/06).

Em meio aos compromissos assumidos com a municipalização está a apresentação do Plano Municipal de Saúde. A Lei nº. 8.142 tornou explícito que, nesse Plano, devem constar as propostas de atenção à saúde que estarão baseadas nas diretrizes para a formulação da Política de Saúde do município advindas das Conferências Municipais de Saúde e dos órgãos colegiados deliberativos (conselhos de saúde), instrumentos viabilizadores da prática da democracia participativa.

As referências ao Plano Municipal de Saúde podem ser encontradas na Lei nº. 8.080/90, Cap. IV, Art.15, incisos VIII e XVIII, onde se estabelece, como funções da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, a elaboração do Plano de saúde articulado com a política de saúde e sua atualização periódica (BRASIL, 1990).

Outra referência ao Plano Municipal de Saúde encontra-se na mesma Lei, no Cap. III, Art. 36, § 1º e 2º, que fixa o planejamento ascendente – desde o nível local ao federal– determinando que os planos de saúde sejam o ponto de partida das atividades e programações em saúde, cujo financiamento deve constar na respectiva proposta

orçamentária (BRASIL, 1990)

A Lei nº.8.142/90, no Art. 4, incisos III e IV, diz que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com Plano de Saúde para o recebimento dos recursos (BRASIL, 1990).

A Portaria nº.2.290 do Ministério da Saúde, de 13 de dezembro de 1991, esclarece no item dois que os Planos de Saúde serão aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde e homologados pelo Chefe do Poder legalmente constituído em cada esfera de governo ou por quem receber, por delegação, essa competência (BRASIL, 1991).

A NOB-SUS 01/96 acentua a necessidade de que o planejamento seja ascendente, subsidiando a instância gestora hierarquicamente superior. No âmbito dos estados, deve conter estratégias, prioridades e metas de ações e serviços, integrando nele os Planos e as Programações Municipais. A gestão nacional, da mesma forma, deve integrar em seu bojo os Planos Estaduais e as Programações Pactuadas e Integradas (PPI), salientando que o exercício da função gestora no SUS, em todos os níveis de governo, exige a articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema; e a aprovação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão política da alocação de recursos (BRASIL, 1996).

A NOB-SUS 01/96 aborda ainda a questão da necessidade de aperfeiçoar e disseminar instrumentos e técnicas de avaliação de resultados das ações e dos serviços de saúde sobre a população. Como parte do processo de planejamento, o acompanhamento e a avaliação dos resultados deverá ser feito permanentemente pelos gestores e, periodicamente, pelos respectivos Conselhos de Saúde. A avaliação dos resultados comporá o Relatório de Gestão Anual, que irá mostrar as realizações e seus produtos a partir dos compromissos explicitados no Plano Municipal de Saúde e das metas quantitativas na Programação Anual. Portanto, Plano, Programação e Relatório de Gestão conformam instrumentos que permitem o controle, a avaliação e a auditoria do SUS (BRASIL, 1996).

Através da Portaria nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002, é aprovada a Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS – SUS 01/02 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e, procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002).

Portanto, a partir do que dizem as leis, o desencadeamento das ações e serviços de saúde no município necessita ter como base o Plano Municipal de Saúde, o qual deve explicitar a política de saúde local e, para tanto, deve ser elaborado de forma a especificar as necessidades em saúde e como atendê-las. Este fato dá oportunidade ao município não só de engajar-se no processo da descentralização e cumprir a Lei – que exige um plano para o repasse de recursos, mas, principal e fundamentalmente, de visualizar sua realidade e, diante dela, propor estratégias de ação para a gestão do sistema.

Apesar de haver exigência legal, esta obrigação, na verdade, vem devolver ao município um direito seu o de planejar as ações conforme suas necessidades e dentro de um contexto de integração regional, estadual e nacional. Diante disto, cabe ao município ultrapassar as barreiras, buscando beneficiar-se com elas, tomando em conta que a Lei – que lhe impõe / devolve o planejamento de sua política de saúde – propõe-se a respaldá-lo com o oferecimento do apoio técnico necessário à ação.

De todo modo, é preciso agora optar por um modo de planejar que nos leve a considerar o planejamento como aliado, como instrumento preferido de governo atento para as necessidades da população e em consonância com a legislação vigente nos âmbitos da União, estados e municípios.

## **6.1 A INTENÇÃO LEGAL E A REALIDADE PLANEJADA NO CENÁRIO DE ITAPUÃ DO OESTE – RO.**

Os Planos Municipais de Saúde apontam para o planejamento de ações que visam consolidar o Sistema Municipal de Saúde, com prioridade sobre ações básicas de prevenção e controle de agravos no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Saúde da Família (PSF) juntamente com Saúde Bucal, Controle de Endemias; ações de Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador; ações de Auditoria, Controle e Avaliação. Têm como indicador objetivado explicitamente a redução da mortalidade infantil.

Isoladamente, os referidos planos de saúde apontam para o planejamento de ações de fortalecimento da gestão e participação popular no âmbito municipal e regional, com prioridade para a Atenção Especializada, principalmente no que concerne ao atendimento hospitalar, à Saúde Mental; ao Controle de Doenças Arteriais Coronarianas; e à assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e à AIDS.

As sínteses identificadas explicitam que as convergências, diferenças e complementaridades da legislação municipal e dos Planos Municipais de Saúde no período 2010-2013 podem ser assim definidas:

- As leis municipais e os planos de saúde no município de Itapuã do Oeste apontam uma concordância em três eixos programáticos prioritários: Saúde da Família; Saúde Bucal; e Vigilância Sanitária.
- Os planos de saúde e a legislação vigente, sinteticamente, apontam para um foco assistencial alicerçado nas ações de promoção, prevenção e proteção da saúde de todas as faixas etárias através de ações de imunização, vigilância alimentar e nutricional, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, planejamento familiar, prevenção e controle de doenças crônicas e degenerativas, assistência a portadores de necessidades



especiais (deficiência física, deficiência mental), combate ao uso e abuso de álcool e drogas, combate às DST's e à AIDS, redução da mortalidade materna e infantil, e estratégias de proteção à saúde do trabalhador.

- A vigilância à Saúde é entendida como órgão fiscalizador, normatizado e executor de ações relacionadas ao controle de zoonoses, combate às doenças vetoriais, imunização, combate ao uso indiscriminado de álcool e drogas controle sobre a alimentação e os medicamentos comercializados. Também é participante da execução da política de saneamento ambiental, monitora os indicadores de mortalidade materna e infantil e se consolida com a participação da comunidade na definição do seu caráter operacional.
- A Saúde da Família é entendida como programa de prevenção e controle de agravos crônicos, combate ao câncer do colo do útero, combate ao uso de álcool e drogas, e combate ao tabagismo. É uma estratégia para a redução da mortalidade materna e infantil, e controle da natalidade através do pré-natal e do planejamento familiar. Também deve se preocupar com a saúde de grupos populacionais específicos (afro-descendentes, portadores de deficiência física e mental) e com a saúde bucal, principalmente dos escolares. Deve possuir a retaguarda de um sistema de referência e ser desenvolvido com a participação da comunidade. Como elemento estratégico complementar, apresenta a Saúde Bucal como ação programática para a prevenção e controle da cárie dentária e do câncer bucal.
- A intenção legal do período, portanto, apresenta o planejamento de um sistema de saúde que tem como eixos prioritários de intervenção a Vigilância à Saúde, a Saúde da Família (PSF) e a Saúde Bucal, ainda que permeado por elementos organizativos e estruturantes de âmbitos local ou regional, favorecendo a consolidação de um modelo de atenção à saúde com enfoque na promoção, prevenção e proteção à saúde individual e coletiva, ainda que entendidas num sentido restrito.

## **7. PLANO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PGRSS.**

Os Resíduos de Serviço de Saúde (RSS) tem sido motivo de preocupação na atualidade devido ao risco desses resíduos serem manuseados de forma incorreta, podendo ocasionar riscos à população.

Diante da possível ocorrência de contaminação por RSS é necessário que seja criado um conjunto de estratégias para que a segregação desses resíduos seja realizada de maneira adequada de maneira a proteger os funcionários, a população e o meio ambiente quanto aos riscos de contaminação.

Através da segregação dos resíduos hospitalares de maneira adequada vários benefícios são alcançados, tais como a diminuição dos acidentes de trabalho e redução de enfermidades por contaminação.

Diante desse contexto, o planejamento e aplicação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é de suma importância, uma vez que através do uso desse instrumento possibilita-se minimizar a geração dos RSS, favorecendo ações adequadas, eficientes e seguras quanto à destinação destes resíduos produzidos, reduzindo assim o risco à saúde dos trabalhadores e também os impactos ambientais.

Tem se observado frequentemente que os resíduos de serviço de saúde ainda são segregados de maneira inadequada, entretanto, existe a preocupação da gestão em se conscientizar os envolvidos geradores desse tipo de resíduo, pois só assim, serão diminuídos os riscos de contaminação e propagação de inúmeras doenças.

Diante desse contexto, é fundamental que haja uma educação continuada dos trabalhadores, no intuito de promover a orientação, motivação e conscientização quanto aos possíveis riscos bem como a conduta adequada no gerenciamento dos RSS. Assim, cabe aos responsáveis pelas instituições geradoras de resíduos o gerenciamento desse processo, mediante o estabelecimento de um programa de educação contínua aos envolvidos com a segregação.

## 7.1 CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RSS)

Segundo o Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, a classificação dos RSS está em constante processo evolutivo, conforme a inserção de novos tipos de resíduos nas unidades de saúde e, ainda, como resultado do conhecimento do comportamento destes diante do meio ambiente e da saúde. Trata-se de uma maneira de estabelecer uma gestão segura embasada nos princípios de avaliação e gerenciamento dos riscos envolvidos na sua manipulação. Os RSS configuram parte importante do total de resíduos sólidos urbanos, não apenas pela quantidade produzida (cerca de 1% a 3% do total), e sim, pelo potencial de risco que representam à saúde e ao meio ambiente. Os RSS são classificados através das suas características e conseqüentes riscos que podem provocar ao meio ambiente e à saúde (BRASIL, 2006).

Quanto à classificação dos RSS, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306/04 e Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005, tais resíduos são classificados em cinco grupos: A, B, C, D e E, com seus respectivos componentes conforme descrito no Quadro 1:

<b>Quadro 1. Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) de acordo com a RDC nº 306/04 e Resolução CONAMA nº 358/05</b>	
<b>GRUPO</b>	<b>COMPONENTE</b>
A	Abrange os componentes com possível presença de agentes biológicos cujas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. Entre esses componentes podem ser citados culturas e estoques de microrganismos, peças anatômicas, vísceras, órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, dentre outros.
B	Envolve resíduos que contém substâncias químicas, podendo, portanto, apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, conforme suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Entre tais resíduos estão contemplados medicamentos apreendidos (citostáticos, antineoplásicos, digitálicos, etc.), resíduos de saneantes, reagentes para laboratório, efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores), entre outros.
C	Este grupo abrange quaisquer materiais que resultam de atividades

	humanas contendo radionuclídeos em quantidades maior que os limites de isenção descritos nas normas do CNEN e para os quais a reutilização é inadequada ou não prevista. Dentre esses componentes estão os rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, oriundos de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia.
D	Aqueles resíduos que não se configurem em risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Abrange resíduos como fraldas, absorventes higiênicos, restos alimentares de pacientes, sobras de alimentos, resíduos provenientes das áreas administrativas, flores, resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.
E	Abrange materiais perfurocortantes ou escarificantes, entre os quais estão lâminas de barbear, agulhas, lâminas de bisturi, lancetas, micropipetas, espátulas, utensílios de vidro quebrados no laboratório, entre outros similares.

**Quadro 1:** Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) de acordo com a RDC nº 306/04 e Resolução CONAMA nº 358/05. Fonte: BRASIL, 2004; BRASIL, 2005. Organização do autor.

Segundo Bezerra e Silva (2011) no intuito de preservar a saúde pública, o meio ambiente, assim como as relações relacionadas aos princípios básicos da biossegurança, foram publicadas no Brasil as Resoluções da Diretoria Colegiada - RDC ANVISA nº 358/05, que tratam da questão do gerenciamento interno e externo dos resíduos de serviço de saúde.

Conforme o Ministério da Saúde:

Na área da saúde, tornou-se imprescindível a adoção de procedimentos que visem controlar a geração e disposição dos resíduos de serviços de saúde, principalmente devido ao crescente aumento da complexidade dos tratamentos médicos, com uso de novas tecnologias, equipamentos, artigos hospitalares e produtos químicos. Aliado a isto está o manejo inadequado dos resíduos gerados, como a queima em céu aberto e disposição em lixões, entre outros. Assim sendo, o Conselho Nacional do Meio Ambiente, órgão consultivo e deliberativo do Sistema Nacional do Meio Ambiente, criado por meio da Lei Federal nº 6.938, de 31/08/81, aprovou a Resolução nº 5, em 05/08/93, que dispõe sobre o gerenciamento dos resíduos sólidos oriundos de serviços de saúde, portos, aeroportos, terminais ferroviários e rodoviários (BRASIL, 2001, p.27).

## **8. Plano Plurianual (PPA)**

O Plano Plurianual (PPA) é um instrumento de planejamento de médio prazo da Administração Pública. Previsto no artigo 165 da Constituição Federal - que determina a elaboração de um PPA para os três entes federados, Governo Federal, Estadual e Municipal, a cada quatro anos - o documento sistematiza as diretrizes, objetivos, metas e resultados que a gestão pública pretende alcançar naquele período.

O PPA organiza as políticas públicas e as ações da gestão em programas que resultem em bens e serviços para a população partindo de um diagnóstico da situação presente, das diretrizes do plano de campanha do governo e garantindo a consulta popular no processo. O plano detalha as metas físicas e financeiras, o público-alvo das ações e os produtos que devem resultar delas.

A partir do PPA, outras duas leis orçamentárias previstas na Constituição são elaboradas: a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). O conjunto desses instrumentos legais de planejamento é fundamental para a efetividade das ações e para o monitoramento dos resultados, tanto por parte do próprio governo como por parte da sociedade.

## **9. A ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

A construção do Plano Municipal de Saúde de Itapua do Oeste foi realizada, buscando-se a participação e a implicação dos sujeitos que compõem o SUS. Todo o processo foi planejado pelo gestor municipal e a coordenadora da Atenção Básica, e discutido juntamente com os conselheiros.

Para a sua elaboração inicial foi realizada uma análise dos conteúdos dos instrumentos municipais (Plano Pluri-anual (PPA), Planejamento Estratégico – governo municipal, Relatório de Gestão e Plano Municipal 2010-2013) e dos planos de saúde estadual e nacional.

A análise apontou para dois eixos de intervenção:

- Gestão da Saúde e Atenção à Saúde.

As sínteses temáticas originaram seis diretrizes, relacionadas ao Modelo de Gestão:

1. Controle Social,
2. Educação Permanente,
3. Modelo de Atenção,
4. Atenção Básica,
5. Média Complexidade,
6. Alta Complexidade,

Foram realizadas oficinas para elaboração do plano. Envolveram-se inicialmente os seguintes sujeitos da gestão:

- Secretário municipal de saúde,
- Coordenador da Atenção Básica,
- Conselheiros municipais de saúde,
- Agentes de controle, avaliação e regulação,
- Agentes administrativo e financeiro,
- Agentes de planejamento da saúde,
- Em seguida trabalhou-se com os sujeitos da atenção à saúde: diretor,

coordenadores e supervisores de assistência à saúde, diretor, coordenadores e supervisores de vigilância à saúde.

A seguir, descreve-se cada etapa desse processo.

#### ☐☐ **Gestão da Saúde:**

##### o Modelo de Gestão

“Gestão democrática e descentralizada com reorganização do trabalho administrativo nos diversos espaços institucionais, com vistas a responder às necessidades e demandas, tendo as ações de planejamento, auditoria, controle e avaliação como suporte e apoio às decisões.”

##### o Controle Social

“Fortalecimento da participação popular para gestão participativa, com

foco na defesa e direitos da população, explicitada com o  
implemento e consolidação do Controle Social no SUS.”

o Educação Permanente

“Educação Permanente para os trabalhadores, gestores e  
conselheiros do SUS como estratégia de fortalecimento dos compromissos  
e responsabilidades individuais e coletivas.”

**Atenção à Saúde:**

o Modelo de Atenção

“Modelo de atenção que garanta o acesso com qualidade aos  
serviços de saúde, tendo como diretrizes a integração operacional da  
Vigilância e da Assistência à Saúde, a ampliação da rede própria de  
serviços, a consolidação da rede de referências e o fortalecimento das  
ações integradas de supervisão, monitoramento e avaliação.”

o Atenção Básica

“Estratégia de Saúde da Família como módulo orientador da  
ampliação das ações de saúde no território, tendo como  
premissas a integração operacional entre a Vigilância e a  
Assistência à Saúde, a prática da intersetorialidade, o acolhimento, o  
vínculo e a responsabilização.”

o Média Complexidades

“Média complexidade como um conjunto de serviços  
complementares à Atenção Básica, organizados numa rede hierarquizada  
de referência e contra-referência, cujos mecanismos de acesso  
obedeçam às regras de regulação assistencial de modo a garantir  
integralidade, equidade e resolubilidade.”

Essas diretrizes constituíram as linhas de ação adotadas para a elaboração  
dos compromissos estabelecidos no documento.

## 9.1 REUNIÕES COM A GESTÃO

Participaram desta etapa: Conselheiros municipais de saúde, Secretário municipal de saúde, Coordenador da Atenção Básica, Agentes de controle, avaliação e regulação, Agentes administrativo e financeiro, Agentes de planejamento da saúde, juntamente com os sujeitos da atenção à saúde: diretor e supervisores de assistência à saúde, diretor e supervisores de vigilância à saúde.

Iniciou-se com o levantamento dos problemas de cada setor envolvido. Após a apresentação e discussão desses problemas, os participantes tiveram acesso ao quadro das Sínteses Gerais. Foi apresentada a forma como este foi construído e os conceitos existentes nas diretrizes foram discutidos.

Após essa etapa, seguiu-se a construção dos compromissos partindo do enfrentamento direto dos problemas. Iniciou-se então o exercício de “implicação” dos sujeitos, atentando-se para a utilização de verbos que fossem, que representassem ações concretas, facilmente identificadas pelos sujeitos.

Partiu-se então para a elaboração das ações pertinentes a cada compromisso, seguida da identificação dos respectivos “recursos críticos” e construção das estratégias para viabilizá-las.

Inicialmente realizaram-se reuniões com a maioria dos setores, para a explicação do processo de elaboração inicial do plano e em seguida, solicitou-se que fossem levantados os problemas específicos do setor, tais problemas eram listados em papel metro e depois agrupados de acordo com os problemas levantados no planejamento estratégico.



## **10. O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAPUÁ DO OESTE-RO UMA NOVA EXPERIÊNCIA**

Para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, já existem métodos e técnicas que determinam a seqüência e conteúdos que devem compor o plano, desta forma, trabalha-se a elaboração deste instrumento de gestão com um formato pré-estabelecido, seguindo-se um roteiro adequando-o à realidade local. (Paim, 2006) Os sujeitos responsáveis para a sua elaboração comumente são o gestor o coordenador da Atenção Básica, juntamente com uma equipe técnica qualificada (Teixeira, 2001).

No município de Itapua do Oeste – RO, buscou-se compartilhar a elaboração do plano com todos os trabalhadores da secretaria e conselheiros municipais. Almejava-se desenvolver um documento que estivesse pautado numa gestão democrática, participativa e construída em ambientes coletivos.

O plano não foi iniciado convencionalmente com a análise da situação de saúde da população e sim com a análise do conteúdo dos Planos Estadual, Nacional e Relatório de Gestão a fim de definir diretrizes para os eixos de intervenção do município que estruturassem a reorganização da secretaria. Pode-se considerar que esta etapa foi uma aproximação ao que Campos (2007) discutiu como “articulação entre informação, texto, análise e práxis”, em que as diretrizes corresponderiam ao “Texto” <sup>2</sup>, buscando-se “com isto novos sentidos e significados que orientassem o agir concreto”.

Conseqüentemente não houve a priorização das necessidades de saúde da população segundo perfil epidemiológico, ou outros critérios sugeridos pelo planejamento situacional, e sim o levantamento de problemas dos setores, pois a intenção primordial era levantar os problemas vividos na instituição e no processo de trabalho em cada setor da secretaria. Ou seja, buscou-se trabalhar os problemas intermediários, vividos no cotidiano da secretaria, que interferem na qualidade final da atenção oferecida à população.

Quanto aos problemas priorizados, foi realizado um exercício que buscou responsabilizar cada um dos sujeitos pelo problema, surgindo a compreensão que cada um fazia parte do problema e o comprometimento em solucioná-lo.

O desenho das estratégias foi também algo que chamou a atenção por sua formulação acontecer diferentemente do habitual. Uma vez priorizados os problemas e da construção coletiva de compromissos, definiu-se as ações prevendo o posicionamento dos recursos críticos, sujeitos instituídos que poderiam “emperrar” o processo de enfrentamento do problema, uma aproximação à noção dos recursos críticos trabalhados por Cecilio (1997). Seguindo-se esta lógica foram estabelecidas as metas, indicadores de acompanhamento, responsáveis e prazos.

Somente após a construção desta parte do plano e com a assunção dos compromissos que dariam conta de resolver os problemas institucionais é que foram estabelecidas as obrigações sanitárias contidas nos instrumentos de gestão e as ações específicas para a saúde da população do município.

Assim, pode-se identificar que, no decorrer da experiência, os quatro critérios utilizados para avaliar o conteúdo do plano municipal, emergiram, quais sejam:

- **ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE:** ocorreu a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população, em que pesem terem sido trabalhados em problemas intermediários, estando suas discussões enquanto problemas fim previstas para a etapa posterior.
- **DEFINIÇÃO DE POLÍTICAS E PRIORIDADES:** os objetivos tiveram o formato de compromissos;
- **DESENHO DAS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO:** o conjunto de ações e atividades foi detalhado, a análise de viabilidade foi realizada;
- **ELABORAÇÃO DA PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA:** já contemplada no Plano Plurianual (PPA). Que está previsto no artigo 165 da Constituição Federal, e regulamentado pelo Decreto 2.829, de 29 de outubro de 1998 é um plano de médio prazo, que estabelece as Diretrizes, Objetivos e Metas a serem seguidos pelo Governo

Federal, Estadual ou Municipal ao longo de um período de quatro anos.

É aprovado por lei quadrienal, sujeita a prazos e ritos diferenciados de tramitação. Tem vigência do segundo ano de um mandato presidencial até o final do primeiro ano do mandato seguinte. Também prevê a atuação do Governo, durante o período mencionado, em programas de duração continuada já instituídos ou a instituir no médio prazo.

Com a adoção deste plano, tornou-se obrigatório o Governo planejar todas as suas ações e também seu orçamento de modo a não ferir as diretrizes nele contidas, somente devendo efetuar investimentos em programas estratégicos previstos na redação do PPA para o período vigente. Conforme a Constituição, também é sugerido que a iniciativa privada volte suas ações de desenvolvimento para as áreas abordadas pelo plano vigente.

O PPA é dividido em planos de ações, e cada plano deverá conter: objetivo, órgão do Governo responsável pela execução do projeto, valor, prazo de conclusão, fontes de financiamento, indicador que represente a situação que o plano visa alterar, necessidade de bens e serviços para a correta efetivação do previsto, ações não previstas no orçamento da União, regionalização do plano, etc.

Cada um desses planos, será designado a uma unidade responsável competente, mesmo que durante a execução dos trabalhos várias unidades da esfera pública sejam envolvidas. Também será designado um gerente específico para cada ação prevista no Plano Plurianual, por determinação direta da Administração Pública Federal. O decreto que regulamentou o PPA prevê que sempre se deva buscar a integração das várias esferas do poder público (federal, estadual e municipal), e também destas com o setor privado.

A cada ano, será realizada uma avaliação do processo de andamento das medidas a serem desenvolvidas durante o período quadrienal – não só apresentando a situação atual dos programas, mas também sugerindo formas de evitar o desperdício de dinheiro público em ações não significativas. Sobre esta avaliação é que serão traçadas as bases para a elaboração do orçamento federal anual.

A avaliação anual poderá se utilizar de vários recursos para sua efetivação, inclusive de pesquisas de satisfação pública, quando viáveis.

Como se pode constatar através da descrição desta experiência, o Plano Municipal ousou ser construído de maneira inovadora, não se afastando com isso de seu propósito: o de expressar a formulação de políticas, enunciando os meios através dos quais se deverá atuar para atingir sua duas macro intenções: mudança do modelo de gestão e mudança do modelo de atenção. Assim, buscou-se a re-significação do processo de trabalho existente no pensamento sobre o funcionamento do setor público, apostando na construção coletiva de compromissos para o enfrentamento de problemas estruturais que contribuem possíveis retrocessos da Secretaria Municipal de Saúde.

## **PROGRAMAÇÃO GLOBAL DE SAÚDE – 2014 A 2017**

**MÓDULO 1 –GESTAO DO SUS**

**MÓDULO 2 –ATENÇÃO BÁSICA**

**MÓDULO 3 –MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**MÓDULO 4 –POLÍTICA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**MÓDULO 5 – VIGILANCIA EM SAÚDE -- CONTROLE DE RISCOS, DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS NO MUNICÍPIO**

**MÓDULO 6 – CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS**

## **MODULO 1 - GESTAO DO SUS**

**OBJETIVO GERAL:** Implementar um Modelo de Atenção á Saúde no município por meio do cumprimento dos princípios estabelecidos na Política Nacional de Atenção: Acessibilidade, Vinculo, Coordenação, Continuidade do cuidado, Territorialização e Adscrição da clientela, Responsabilização e Humanização. Reorganização do Departamento de Saúde com melhoria na Infra-estrutura.

Área Programada	Ação	Indicador	Meta				Recurso
			2014	2015	2016	2017	
Estratégia de Saúde da Família	Ampliar a cobertura da ESF	Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da Família	80%	90%	95%	100%	PAB/Próprio
	Realizar a segunda etapa do curso de Tec. em ACS.		X	X	X	X	Estado/RO
	Realizar capacitações anualmente para os ACS.						
	Melhor índice de desempenho da equipe avaliada pelo PMAQ	% da avaliação do PMAQ da equipe que realizou a adesão	100%			100%	PAB/Próprio Convenio/ Contrapartida
	Expansão de mais 02 Equipe de ESF	Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da Família	80%	90%	95%	100%	PAB/ Próprio/VE
Atenção Primária	Adquirir EPIs adequados aos riscos das atividades dos ACS e de combate a Endemias.	X	X	X	X		
	Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS	Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) de acordo com a RDC nº 306/04 e Resolução CONAMA nº 358/05	100%				
	Termino da construção da UBS Setor 04.	Redefinir estrutura física; Redefinir as atividades pertinentes ao	100%				Próprio/ PAC 2

Estrutura Física	Construção da nova UBS na Zona Rural linha Azul II	responsável pelo setor; Rever o sistema de informatização do almoxarifado;		100%				Próprio/ PAC 2
	Termino da reforma da UBS Setor 01.	Nº de Unidades com quantidades de salas e consultórios adequados e suficientes, atendendo ao proposto no Manual de Obras do MS	100%					PAB/Próprio Convenio/ Contrapartida
	Adquirir equipamentos necessários;		100%					Próprio
	Adequar a rede elétrica;		100%					
Urgência e Emergência	Capacitação permanente das equipes de Saúde e população no atendimento das urgências e emergências	Redução no percentual de atendimentos de Urgência Básica no HPP	20%	30%	40%	50%		Convenio/ Contrapartida
	Implantar o acolhimento e a Classificação de Risco no HPP	Hospital de Pequeno Porte com acolhimento e Classificação de Risco	100%					PAB/Próprio
	Nomear uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Manter os índices de infecção nos valores considerados aceitos pelo Ministério da Saúde, manter os índices de infecção nos valores considerados aceitos pelo Ministério da Saúde				X		
Ouvidoria	Implantar ouvidoria SUS (caixa com reclamações e sugestões no HPP e nas UBS)	Ouvidorias em Funcionamento				100%		PAB/Próprio
	Implantar rede informatizada nos serviços de saúde	Nº de UBS com rede implantada	50%	70%	85%	100%		

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SEMSAU**  
**DE ITAPUÃ DO OESTE - RO**  
**COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Informatização	Rever o sistema de informatização do almoxarifado;	Profissionais operando o sistema				100%	PAB/Próprio
	Capacitar os profissionais de saúde		20%	30%	40%	50%	
Regulação	Informatizar as UBS para o SISREG	Encaminhar de acordo com as Pactuações	50%	70%	80%	100%	PAB/Próprio
Manutenção dos serviços de saúde Municipais e Gestão de Pessoas	Realizar concurso Publico	Proporção de profissionais atuantes nos serviços frente à necessidade.		X			PAB/MAC/FMS
	Implementação do Plano de Cargos Carreira e Salários dos Funcionários da SEMSAU	Acompanhamento através de uma comissão	X				FMS
Transporte Sanitário	Realizar manutenção e renovação gradual dos veículos	Percentual de veículos em condições adequadas de funcionamento	80%	85%	90%	95%	PAB/Próprio



## **MODULO 2 - ATENÇÃO BÁSICA**

**OBJETIVO GERAL:** Promover ações de Atenção Integral a Criança em consonância com as Políticas de Atenção Básica, reorganização a Atenção a Saúde da Criança, com acolhimento e resolutividade.

Área Programada	Ação	Indicador	Meta				Recurso
			2014	2015	2016	2017	
Saúde Criança	Acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez	% das gestantes com 7 consultas ou mais	50%	60%	70%	80%	PAB/ VE PROPRIO
	Identificar e monitorar os casos de desnutrição entre crianças atendidas nas UBS e dos Grupos que atendam esta faixa etária	Monitorar as crianças desnutridas	50%	60%	70%	80%	
	Implantar um grupo de puericultura	Nº de UBS com grupo em funcionamento	50%	60%	70%	80%	
	Monitorar com a equipe de saúde a cobertura vacinal das crianças, gestantes e puerperal	% de crianças e gestantes com vacinas em dia	80%	85%	90%	95%	
	Implantar uma linha de cuidados da criança	Grupo de puericultura em funcionamento	50%	60%	70%	80%	
	Implantar acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança através do SISVAN	Proporção de crianças menores de 09 anos cadastradas no SISVAN.	10%	20%	30%	40%	
	Ampliar a cobertura do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.	Índice de cobertura	55%	60%	65%	70%	
	Implantar programa de suplementação de ferro	Nº de crianças atendidas	50%	55%	60%	65%	

**OBJETIVO GERAL:** Promover ações de promoção, prevenção, reabilitação e cuidado as mulheres, evidenciando as ações de Pré-natal e Puerperio, prevenção e cuidado das Neoplasias de Colo de Útero e Mama.

Área Programada	Ação	Indicador	Meta				Recurso
			2014	2015	2016	2017	
MULHER:  Pré-natal	Capitação das gestantes no primeiro trimestre, para o inicio do pré-natal	Proporção de gestantes cadastradas pela Equipe de Atenção Básica	50%	60%	70%	80%	PAB/ VE PROPRIO
	Ofertar os Testes rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C em todas as UBS	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	80%	85%	90%	95%	
	Realizar busca ativa de faltosas às consultas de pré natal	Acompanhamento no sisprenatal	55%	60%	65%	70%	
	Implementar o atendimento para a puérpera e o recém nascido na 1ª semana de vida	Proporção de gestantes com o pré-natal em dia	40%	50%	60%	70%	
	Redução do coeficiente de mortalidade materna	Investigação epidemiológica	100%	100%	100%	100%	
Planejamento Familiar	Implantar as ações de Planejamento Familiar, orientar multiprofissional para a orientação dos métodos contraceptivos	Planejamento familiar funcionando	70%	75%	80%	90%	
	Orientar e monitorar o fluxo para a referencia da laqueadura e vasectomia	Planejamento familiar funcionando	50%	60%	70%	80%	
Prevenção do Câncer do Colo do Útero e Mama	Sensibilizar a equipe de saúde da necessidade de realização de avaliação diagnostica em mulheres de 25 a 59 anos em relação à prevenção e controle de CA de colo de útero e mama	Aumento do nº de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais	40%	50%	60%	70%	

	Intensificar as ações de acompanhamento dos casos com alteração	Razão de seguimentos de casos alterados	70%	75%	80%	90%	
--	---	---	-----	-----	-----	-----	--

**OBJETIVO GERAL:** Implementar as Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica.

Área Programada	Ação	Indicador	Meta				Recurso
			2014	2015	2016	2017	
Saúde Bucal	Desenvolver estratégias para a garantia da continuidade do cuidado em saúde bucal nas linhas de cuidado prioritário	Cobertura de primeira consulta odontológica programada	50%	55%	60%	65%	PAB/MAC/ PROPRIO
	Garantir o direito da consulta odontológica para a gestante;	Média de gestantes cadastradas	60%	65%	70%	75%	
	Desenvolver ações de programação da saúde bucal trabalhando de forma intersetorial	Aumento na média de escovação dental supervisionada	0,5%	10%	20%	30%	
	Realizar acolhimento à demanda espontânea em tempo integral e organizar o atendimento programático integrado a assistência em saúde bucal	Média de atendimento de urgência odontológica por habitantes	15%	20%	20%	20%	
	Implantar Prótese para idosos						

**OBJETIVO GERAL:** Reduzir a gravidez na adolescência e manter os adolescentes com a situação vacinal atualizada

Área Programada	Ação	Indicador	Meta				Recurso
			2014	2015	2016	2017	
Saúde do Adolescente	Aumentar a cobertura de vacina contra Hepatite B	Cobertura vacinal pra essa faixa etária	60%	70%	80%	90%	PAB/VE/ PROPRIO
	Organizar eventos e palestras nas escolas, abordando sexualidade, planejamento familiar, DST/AIDS	Acompanhar a implantação dessas atividades, orientar os ACS para a divulgação,	20%	30%	40%	50%	
	Gravidez na adolescência encaminhá-la imediatamente ao pré-natal.	Analisar o sis prenatal, SIM e SINASC Reduzir a proporção de partos em menores de 21 anos	80%	85%	90%	95%	

**OBJETIVO GERAL:** Reduzir a mortalidade do câncer de próstata, manter os homens trabalhadores com situação vacinal atualizada, ampliar a adesão dos homens trabalhadores no controle de Doenças Crônicas

Área Programada	Ação	Indicador	Meta				Recurso
			2014	2015	2016	2017	
Saúde do Homem	Ofertar exames de DST dos parceiros das gestantes em pré-natal	Monitoramento do pré-natal do homem em° de exames realizados	60%	70%	80%	90%	PAB/ PROPRIO
	Implantar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem –PNAISH de 2009	Protocolo municipal de saúde	X				
	Ampliar adesão dos Hipertensos e Diabéticos nas UBS	Hiperdia	50%	60%	70%	80%	

	Ampliar a oferta do exame PSA	Analisar o nº de exame disponível e necessário	70%	75%	80%	85%	
	Aumentar a cobertura vacinal dos homens trabalhadores	Trabalhar integralmente com as empresas	60%	70%	75%	80%	
	Implantação do programa de Controle de Tabagismo.	Avaliação e Reunião Mensal	70%	75%	80%	80%	

**OBJETIVO GERAL:** Implementar ações de promoção, prevenção, reabilitação e cuidado aos idosos, evidenciando as ações que contribuam para a promoção do envelhecimento ativo e saudável

Área Programada	Ação	Indicador	Meta				Recurso
			2014	2015	2016	2017	
Idoso	Desenvolver ações no domicílio de prevenção a queda e agravos	Relatório de acompanhamento das visitas domiciliares elaborado pelas enfermeiras da ESF				80%	PAB/ PROPRIO
	Implantar o serviço de ortese e prótese						
	Ofertar a todos os Idosos ações educativas, como ex palestras e exercícios físicos etc.						
	Implantar Caderneta do Idoso em 100% dos usuários do SUS		50%	75%	90%	95%	
	Monitorar todos os Idosos com Hipertensão e Diabéticos matriculados nas UBS		80%	85%	90%	95%	
	Intensificar a informação sobre a vacina da Gripe.	% de Idosos com vacinas em dia	80%	85%	90%	95%	

**OBJETIVO GERAL:** Implementar ações de promoção, prevenção, reabilitação e cuidado aos idosos, evidenciando as ações que contribuam para a promoção do envelhecimento ativo e saudável

Área Programada	Ação	Indicador	Meta				Recurso
			2014	2015	2016	2017	
Hipertensão e Diabetes	Oferecer as consultas de enfermagem, médicas e odontológicas	Proporção de diabéticos cadastrados	60%	70%	80%	85%	PAB/ PROPRIO
	Oferecer e integrar o paciente nas ações educativas e atividade física nas academias de saúde	Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em domicílios	60%	70%	80%	85%	
	Manter atualizado o registro no sistema	Média de atendimento por hipertenso	60%	70%	80%	85%	
	Busca ativa dos faltosos	Proporção de hipertensos cadastrados	60%	70%	80%	85%	
	Promover ações de orientação relacionado a alimentação saudável, atividade física e fumo	Média de atendimento por diabético	60%	70%	80%	85%	

### **MODULO 3 – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**OBJETIVO GERAL:** Organizar o fluxo de encaminhamentos para especialidades nas referencias, ampliar a estrutura e organizar a rede

Área Programada	Ação	Indicador	Meta				Recurso
			2014	2015	2016	2017	
Atenção especializada	Identificar e adequar local para atendimento das especialidades- ambulatório	Ambulatório de especialidades funcionamento	60%	70%	80%	85%	MAC/ PROPRIO
	Implementar a Classificação de risco, e capacitar os profissionais para o acolhimento no HPP	Classificação de risco em funcionamento	100%				
	Capacitação dos profissionais do atendimento de urgência;						
	Estruturação da sala de emergência do HPP com Aquisição de equipamentos e materiais permanente	Implementação de Plano Municipal de Atendimento as Urgências na atenção básica, conforme portaria ministerial.	60%	70%	80%	85%	
	Ampliar o ambiente para o acolhimento/triagem		60%	70%	80%	85%	

## MÓDULO 4 –POLÍTICA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**OBJETIVO GERAL:** Reorganizar a política de assistência farmacêutica no município, de acordo com as diretrizes nacionais; ampliar o acesso e melhorar a organização da qualidade da Assistência Farmacêutica

Área Programada	Ação	Indicador	Meta				Recurso
			2014	2015	2016	2017	
Assistência Farmacêutica Municipal	Aquisição de material permanente para melhor acomodar o estoque;	Implantar todos os princípios e diretrizes do SUS na atenção farmacêutica conforme a legislação vigente	60%	70%	80%	85%	Assistência Farmacêutica PAB/PRÓPRIO
	Controlar a dispensação de medicamentos com um sistema informatizado						
	Aquisição de computadores e programas de gerenciamento de estoques, dispensação e psicofarmacos, que se adêque as necessidades do município;						
	Contratação de recursos humanos quando necessário.	Realização de concurso Público		X			



## MÓDULO 5 – VIGILANCIA EM SAÚDE -

**OBJETIVO GERAL:** Fortalecer, estruturar e aperfeiçoar a Vigilância em Saúde para melhorar a qualidade e resolubilidade das ações e serviços por meio de cumprimento dos princípios estabelecidos nas políticas de saúde nacional, estadual e municipal

Área Programada	Ação	Indicador	Meta				Recurso
			2014	2015	2016	2017	
Vigilância Sanitária	Controlar os riscos sanitários nos serviços de saúde	Nº de serviços de saúde inspecionados/ total de serviços cadastrados	60%	70%	80%	85%	MAC/ VE PAB/ PROPRIO
	Controlar os riscos sanitários nos locais de interesse saúde						
	Controlar os riscos sanitários dos produtos de interesse da saúde	Nº de casos de intoxicação por agrotóxicos, notificados no SINAN	60%	70%	80%	85%	
	Controlar os riscos sanitários nos locais de trabalho						
	Implantar o Vig- Água	Gerenciar o sistema de informação					
	Inspeção Sanitária mensalmente	Relatórios e produções	X	X	X	X	
Vigilância Epidemiológica	Instituir medidas de controle conforme agravo notificado.	SINAN	70%	75%	80%	85%	
	Realizar busca-ativa de todos os agravos notificados com a finalidade de Identificar possíveis suspeitos.	Relatório mensalmente	70%	75%	80%	85%	
	Realizar campanhas de vacinas definidas pelo Ministério da Saúde.	Divulgar coberturas das campanhas	75%	80%	85%	90%	

	Realizar capacitações em parceria com GVE para os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem a fim de otimizar recursos financeiros							
	Fortalecer o Controle Social no sistema municipal de vigilância sanitária	01 informativo anual destinado aos conselheiros municipais de saúde						
Saúde do Trabalhador	Executar a Portaria MS/GM nº 1.823, de 23/08/2012: Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.	Monitoramento anual dos indicadores do Sis pacto	20%	30%	40%	50%	VE/ PROPRIO	
Saúde Ocupacional	Executar a NR -04 de Serviços especializados em Engenharia de segurança em Medicina do Trabalho.		20%	30%	40%	50%	VE/ PROPRIO	
	Executar a NR -05 Comissão Interna de Prevenção de Acidente.							
	Executar a NR -06 de Equipamentos de Proteção Individual.							
	Executar a NR -07 de Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional.							
	Executar a NR -09 de Programas e Prevenções de Riscos Ambientais.							
Executar a NR -32 de Segurança e Saúde do Trabalhador em estabelecimentos de Saúde								
	Ampliar as ações de programação, estabelecendo parcerias com as escolas municipais, desde a alfabetização, com vivencias sobre o cuidado com a saúde, enfatizado a prevenção de doenças	Monitoramento anual dos indicadores do Sis pacto						

Vigilância em Saúde/ Endemias	Elaborar o Plano Municipal das Ações de Combate, Controle e Prevenção da Malaria no Município	Monitoramento no SIVEP	X	X	X	X	VE/ PROPRIO
	Elaborar o Plano de Contingência dos Programas Municipais de Controle da Dengue	Monitoramento no SIS-PNCD	X	X	X	X	
	Executar o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)	Monitoramento anual dos indicadores do Sis pacto	60%	65%	70%	75%	
	Executar campanhas de vacinação definidas pelo MS	Divulgar coberturas das campanhas	75%	80%	85%	90%	
	Contribuir e melhorar as notificações das situações de violência domestica e sexual	SINAN	20%	30%	40%	50%	
	Contribuir para a informação e identificação das necessidades de investimento do município para controle de vetores	Monitoramento através de relatórios	Realizar 80% das visitas aos imóveis existente no município em cada ciclo, anualmente de 2014 a 2017				
	Cumprir as ações proposta no plano de contingência da dengue	Monitorar as ações propostas de acordo com o Plano	Realizar 80% das ações proposta no plano de contingência da dengue, anualmente de 2014 a 2017				
	Identificar e solucionar problemas no processo de trabalho que pela ausência de notificação das doenças e agravos	SINAN	90%	90%	90%	90%	
Identificar e solucionar os problemas que interferem no encerramento das fichas de notificações epidemiológico em tempo oportuno	SINAN	75%	80%	85%	90%		

	Promover em parceria com o Estado e Federal capacitações para os profissionais de saúde		50%	60%	70%	80%	
Controle de Zoonose	Enviar amostras para o controle da raiva, e Realizar campanha anti-rábica anualmente	Monitoramento através da alimentação do programa	Cobertura de 80% das populações caninas estimada no municipio				

## **MÓDULO 6 – CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS**

**OBJETIVO GERAL:** Fortalecer a participação da comunidade, bem como, das ações intersetoriais e do controle social na gestão do SUS, com objetivo de apoiar e estimular a divulgação da promoção a saúde e prevenção de doenças, bem como funcionamento da Rede Municipal de Saúde, favorecer o acesso da população ao exercício do controle social e promover a avaliações de qualidade dos serviços de saúde.

Área Programada	Ação	Indicador	Meta				Recurso
			2014	2015	2016	2017	
Controle Social	Favorecer o acesso da população ao exercício do controle social	Garantir orçamento para o funcionamento do CMS	10%	15%	20%	25%	PRÓPRIO
	Propiciar capacitação aos conselheiros municipais de saúde anualmente.	% de conselheiros capacitados	75%	80%	85%	90%	
	Convocar todos do CMS para participar das Conferências Municipais de Saúde a cada quatro anos	Avaliação pelas reuniões mensalmente	X	X	X	X	
	Convocar o CMS para as audiências públicas quadrimestrais;	Acompanhar o trabalho dos conselheiros locais;	X	X	X	X	

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SEMSAU  
 DE ITAPUÁ DO OESTE - RO  
 COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA  
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

	Criar estrutura administrativa para o CMS, melhorando assim a ambiência do Conselho Municipal de Saúde – CMS e se possível construir e equipar uma sede do Conselho de Saúde.						
	Criar canais de comunicação (boletins informativos) para que o CMS preste contas a sociedade para garantir a visibilidade.						
	Criar ouvidoria		X				

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

O monitoramento e avaliação do plano municipal de saúde de Itapuã do Oeste PMS-2014-2017 é o instrumento norteador das necessidades e peculiaridades próprias do município, configurando como base para execução, acompanhamento e avaliação e a gestão do sistema de saúde local e referencial usará como base a princípio de referencia o pacto pela saúde os indicadores anuais de saúde e relatório de gestão e outras ações locais dentro da nossa realidade, devendo a cada ano ser avaliado para a possibilidade de mudanças necessárias conforme o seu monitoramento e avaliação, levando em consideração para realizar as adequações a estas mudanças a lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentárias Anual e o plano plurianual, não esquecendo do caráter democrático e participativo da avaliação deste plano, favorecendo portanto a articulação com Municípios, Estado e União sua avaliação será contínua permitindo identificar as dificuldades e facilidades das ações programadas, possibilitando estratégias para transpor os obstáculos encontrados.

O seu acompanhamento será trimestral, onde cada setor ou programa informará a comissão técnica o andamento da execução da ação. A programação Anual de saúde que operacionalizara as intenções expressas no Plano de saúde, e o relatório anual de gestão apresentará os resultados alcançados e orientará eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

## **Considerações finais**

A avaliação deste plano possibilitará sabermos dos avanços e dos retrocessos ocorridos durante sua execução para que os atores sociais e gestores usem este instrumento analisando a situação de saúde e construam novas ações fortalecendo a qualidade de vida e saúde da nossa população, este plano de saúde reflete as necessidades e peculiaridades próprias da nossa realidade local.

Este representa o compromisso da gestão SEMSAU, visando a integralidade da assistência a saúde em união com a vigilância em saúde e o controle social. Este plano não termina aqui, estamos apenas começando a andar e que este seja de fato assumido e acompanhado por todos os atores envolvidos no seu desenvolvimento, e assim produzindo uma construção coletiva de saúde no nosso município.

## Referências

Sistema de planejamento do SUS: uma Construção Coletiva 2008 e 2009.

Plano Estadual de Saúde –RO

Plano Nacional de Saúde

Ministério da Saúde

Pacto pela saúde

Coletânea das Conferências nacionais de Saúde

\_\_\_\_\_. **Resíduos Sólidos: Classificação.** NBR 10004. Rio de Janeiro, 2004.

1. <http://www.saude.gov.br> - Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, acessada em Novembro de 2011.
2. BARATA, R. C. B., 1995. Malária no Brasil: Panorama epidemiológico na última década. Cadernos de Saúde Pública, 11: 128-136.
3. BEZERRA, C. B.; SILVA, I. C. R. **Dificuldades na implantação da RDC ANVISA nº306/04: revisão da literatura.** Universidade Católica de Goiás. Goiás, 2011. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/6mostra/artigos/SAUDE/CAROLINA%20BEN%C3%89VOLO.pdf> Acesso em: 14 de setembro de 2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.** Brasília: 2006. 182 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: ISBN 85-334-1176-6 [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_gerenciamento\\_residuos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gerenciamento_residuos.pdf) Acesso em: 13 de setembro de 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC n. 306, de 07 de dezembro de 2004.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de Serviços de Saúde [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2010 set. 26]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/eng/index.htm>. Acesso em: 13 de setembro de 2013.
6. CONSOLI, R. A. G. B. & LOURENÇO-DE-OLIVEIRA, R., 1994. Principais Mosquitos de Importância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.



7. ESCOBAR, A. L., 1994. Malária no sudoeste da Amazônia: uma Meta-Análise. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
8. <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=110110&search=rondonia|itapua-do-oeste|infograficos:-historico>

JOÃO ADALBERTO TESTA  
Prefeito Municipal

Clarice Maria Ebeling  
Secretária SEMSAU

Luciene Pacheco  
Enfermeira  
Coord. Atenção Básica

## **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**IDILEUZA POLI ALVES** – Presidente

**VERA LUCIA SOUZA NOVAIS**-- pertencente a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais –APAE.

**ÚRSULA SCHUELTER** -- Paróquia Nossa Senhora de Lurdes .

**SALETE APARECIDA COSTA MAIA** -- Paróquia Nossa Senhora de Lourdes.

**FRANCISCO DAMIÃO PACHECO** -- Associação dos Produtores Rurais

**AZONAL BENTES**-- Igreja Evangélica Assembléia de Deus..

**RAIMUNDO SERGIO B. DE SOUZA** --Pertencente ao Conselho Tutelar.

**ROSELI RODRIGUES DA SILVA**-- Pertencente ao Conselho Tutelar

**MARIA DO SOCORRO** -- Gabinete do Prefeito.

**FRANCISCO CRUZ**-- Gabinete do Prefeito.

**NAIR PEREIRA DA SILVA** -- Sindicato dos Trabalhadores de Rondônia  
SINDERON

**TÂNIA MARIA CARNEIRO DA SILVA** – Hospital de Pequeno porte José Baioco.

**WILMA DE FREITA PARARI**-- Agentes Comunitários de Saúde.

Aprovado no dia 27 de Janeiro de 2014 através da resolução nº 05/2014