



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
E MEIO AMBIENTE
1997 - 2000**

AGOSTO DE 1997.

VOLUME 2

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

SUMÁRIO

VOLUME 2

V - PROPOSTAS DE AÇÃO

Lei Orgânica Estadual
Conselho Estadual de Saúde
Comissões Intergestores Bipartites Regionais
Municipalização da Gestão e Gerência das Ações e Serviços de Saúde
Apoio aos Municípios Municipalizados
Consórcios Intermunicipais
Programação Pactuada e Integrada
Ações Programáticas
Prevenção e Controle de DST/AIDS
Inverno com Saúde
Operação Litoral
Reforma Psiquiátrica no RS
Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Projeto de Prevenção da Mortalidade na Infância (PIÁ-2000)
Projeto de Garantia de Serviços de Saúde Especializada (PIÁ-2000)
Projeto de Garantia e Reabilitação Nutricional (PIÁ-2000)
Saúde na Escola (PIÁ-2000)
Controle da Infecção Hospitalar
Descentralização da Assistência Complementar
Programa Estadual de Atenção Integral a Pessoas Portadoras de Deficiências e Altas Habilidades - PEA/RS conforme Decreto de Lei Estadual 36.577 de 28 de março de 1996.
Programa de Doação de Órgãos e Transplantes
Vacinação
Descentralização da Vigilância Sanitária
Eliminação do AEDES AEGYPTI
Centro de Informações Toxicológicas
Implementação do Programa de Saneamento Básico Comunitário
Rede de Monitoramento Ambiental - Pró-Guaíba
Ações para Controle da Poluição Ambiental - Pró-Guaíba
Melhoria da Qualidade da Gestão Ambiental
Zoneamento Ecológico - Economia em Áreas Prioritárias
Normatização e Licenciamento das Atividades Potencialmente Poluidoras
Melhoria da Infraestrutura da FEPAM
Reestruturação e Recuperação da Rede Assistencial
Hospital Sanatório Partenon
Conclusão de Hospitais Municipais
Rede de Referência Regional (RRR)
Implementação de Pronto Socorro Metropolitano
Apoio à Readequação da Rede Hospitalar/SSMA (Ampliação de Hospitais Públicos)

Hospital Psiquiátrico São Pedro
Hospital Colônia Itapuã
Hospital Alexandre Lisbôa
Conclusão do Hospital Geral do Trabalhador - Caxias do Sul
Instituto de Cardiologia
Parceria Comunitária - Mãos Dadas
Concessão de Auxílios com a Renda de Loterias (Pró-Hospitais)
Construção, Conclusão e Equipamento dos Hemocentros Regionais
Controle da Qualidade da Produção e da Informação na Hemorrede Pública
Conclusão do LACEN - RS
Rede de Laboratórios Regionais
Sistema de Informação em Saúde
Sistema de Informações Ambulatoriais (Morbidade)
Estruturação do Sistema Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria
Produção e Distribuição de Medicamentos Básicos
Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos
Reestruturação do Centro de Saúde Murialdo
Coordenação da Pesquisa em Saúde e Meio Ambiente na SSMA
Programação de Qualidade na Administração Pública

ANEXOS

Anexo I - Ações Programáticas em Saúde: doenças e agravos prioritários

Anexo II - Competência dos municípios nas atividades de vigilância sanitária

Anexo III - PROSAN

Anexo IV - Fundação Nacional de Saúde/RS: planejamento de atividades por área de atuação

Anexo V - Sistema de Informações em Saúde: Indicadores

DOCUMENTOS CONSULTADOS

V - PROPOSTAS DE AÇÃO

Este plano contempla as grandes estratégias de ação do gestor estadual do Sistema Único de Saúde.

Buscou-se compatibilizar as propostas com o orçamento da SSMA aprovado para o ano de 1997, com o Plano Plurianual 1996-1999 do Governo de Estado, bem como com os projetos prioritários do governo constantes no Caderno de Metas, elaborado pela SSMA e a Secretaria Estadual de Coordenação e Planejamento.

Neste sentido, e visando facilitar o acompanhamento da execução das ações, as proposições deste plano são apresentadas sob forma de projeto, no formulário padrão do Caderno de Metas, onde constam o nome do projeto, o órgão coordenador, o resumo do mesmo, os objetivos, as metas, as instituições envolvidas, a abrangência e beneficiários, sua duração, as principais ações e as fontes de recursos.

As propostas de ação não esgotam o conjunto de problemas evidenciados no diagnóstico da situação de saúde da população e do meio ambiente do estado, bem como dos aspectos organizacionais do SUS, estando abertas para colher as contribuições da sociedade, através do Conselho Estadual de Saúde.

PROJETOS

PROJETO: Lei Orgânica Estadual

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: Direção Geral

RESUMO DO PROJETO:

Cumprimento do Art. 243, parágrafo único da Constituição Estadual, que estabelece que: "Lei complementar disporá sobre a organização, financiamento, controle e gestão do SUS no âmbito do Estado, bem como do Sistema Estadual de Informação em Saúde".

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Cumprir Art. 243 da Constituição Estadual
- Substituir a Lei 6503/72 e seu regulamento, instituído pelo Decreto 23.430/74, através de lei que disponha sobre a promoção, proteção e recuperação da Saúde Pública
- Utilizar normatização técnica complementar à legislação, ao invés de novo Regulamento Sanitário, para facilitar a atualização periódica
- Assessorar os municípios na elaboração de códigos sanitários aplicáveis ao âmbito local

METAS:

- Encaminhar Projeto de Lei Complementar à Assembléia Legislativa - 1997

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

SSMA

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado.

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Tesouro do Estado

PROJETO: Conselho Estadual de Saúde

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

Conselho Estadual de Saúde(CES)

RESUMO DO PROJETO:

Garantir o funcionamento e expansão das atividades do CES/RS para qualificar o controle social da gestão do SUS no Estado

OBJETIVOS DO PROJETO:

- fiscalizar, avaliar e controlar a gestão e execução das ações e serviços de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (execução orçamentária);
- capacitar conselheiros municipais através de encontros regionais, em especial, nas áreas de modelo de gestão, planejamento local e sistema de controle e avaliação;
- formular estratégias para a Política Estadual de Saúde;
- melhorar as condições das instalações da sede do CES/RS e agilizar as atividades internas, através da aquisição de material permanente e ampliação do quadro de recursos humanos;
- manter e fortalecer as comissões de fiscalização e assessoria técnica, de saúde do trabalhador, saúde mental, cursos, regimento interno e legislação;
- estimular e orientar a organização de CRS e CMS

METAS:

- Reforma da área física do CES
- Realizar 5º Encontro de Conselhos Municipais de Saúde
- Realizar encontros regionais de Conselheiros Municipais
- Implantar CRS
- Implantar CMS

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- CES, CRS, CMS, SSMA, SMS

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Tesouro do Estado

PROJETO: Comissões Intergestores Bipartites Regionais

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DRSs

RESUMO DO PROJETO:

As CIBs Regionais funcionarão ligadas às Delegacias Regionais de Saúde, tendo como finalidade o estabelecimento no âmbito regional, de condições para a negociação entre gestores municipais de saúde, visando a reformulação do modelo assistencial vigente, buscando a organização do SUS, de forma ascendente tendo como eixo a prática da programação pactuada e integrada com os municípios.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Efetivar a pactuação entre os gestores municipais, na implementação do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, no âmbito regional, conforme as diretrizes da CIB Estadual.

METAS:

- Criação de 18 CIBs Regionais até 12/1998

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- DRSs e Municípios

ABRANGÊNCIA:

18 Delegacias Regionais de Saúde

BENEFICIÁRIOS:

População do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

FES

PROJETO: Municipalização da Gestão e Gerência das Ações e Serviços de Saúde

COORDENACÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

RESUMO DO PROJETO:

O projeto consiste na descentralização da gestão e gerência das ações e serviços de saúde para o Município, através da transferência de responsabilidades prerrogativas e recursos do nível Federal e Estadual para o Municipal, como estratégia para a implementação do SUS no Estado.

OBJETIVOS DO PROJETO:

Implementar o SUS/RS através da municipalização das ações e serviços de saúde, com a cooperação técnica e financeira do Estado e da União e o aporte financeiro das três esferas de governo.

METAS:

- Municipalizar as ações e serviços de saúde:

1997 - reenquadrar na NOB 01/96, 225 municípios já municipalizados pela NOB 01/93;

- enquadrar 145 municípios conforme NOB 01/96.

1998 - enquadrar mais 97 municípios conforme NOB 01/96.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Governo Federal
- Governo Estadual
- Governo Municipal

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1995 - 1998

ACÇÕES DO PROJETO:

COMPETE AO ESTADO:

- Apoio técnico e financeiro.
- Assessorar e instrumentalizar os municípios para assumir a gestão e gerência das ações e serviços de saúde.

COMPETE AO MUNICÍPIO:

- Gerenciar as ações e serviços de saúde do âmbito local.

COMPETE À COMUNIDADE:

- Exercer o controle social do processo de municipalização através dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde.

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro Municipal
- Tesouro do Estado
- Ministério da Saúde

PROJETO: Apoio aos Municípios Municipalizados

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: ASSTEPLAN

RESUMO DO PROJETO:

A locação de recursos financeiros e/ou materiais, como contrapartida da instância estadual para o fortalecimento dos municípios municipalizados, abrangendo obras e equipamentos e insumos para a rede básica, hospitais municipais e saneamento comunitário.

Esta proposta é complementada pelos demais projetos apresentados, em especial os de construção de Postos de Saúde, reestruturação e recuperação da rede assistencial; conclusão e equipamento de hospitais municipais, filantrópicos e estaduais; desenvolvimento de recursos humanos.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Apoiar os municípios municipalizados na (re) estruturação de sua rede de atenção à saúde através da assessoria técnica e repasse de recursos financeiros, com o objetivo de incentivar a melhoria da qualidade da atenção à saúde no nível municipal.

METAS:

- Priorizar para os municípios municipalizados 70% dos recursos de investimento

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA

ABRANGÊNCIA:

Municípios municipalizados

BENEFICIÁRIOS:

População dos municípios municipalizados (225 até dez/1996) 6.742.743 habitantes

DURAÇÃO DA PROPOSTA:

1996 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- SSMA

PROJETO: Consórcios Intermunicipais

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAHA e DRS

RESUMO DO PROJETO:

Incentivo aos municípios para regionalização e hierarquização da rede de serviços através da criação de Consórcios Intermunicipais.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Desconcentrar a atenção à saúde
- Facilitar o acesso da população à tecnologia médica, exames e consultas especializadas através da organização de mecanismos de referência e contra-referência
- Diminuir ociosidade de equipamentos, reduzindo custos

METAS:

- Criar 1 Consórcio Intermunicipal de Saúde por DRS até 12/98

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- Prefeituras

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro Estadual
- Prefeituras

PROJETO: Programação Pactuada e Integrada

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAHA

RESUMO DO PROJETO:

Programação de Atividades da Assistência Ambulatorial e Hospitalar, de forma ascendente e hierarquizada, com a participação dos Gestores Municipais e de seus Conselhos, que através de proposições políticas e sociais validem o modelo assistencial proposto

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Racionalizar os custos na área ambulatorial e hospitalar
- Otimizar os recursos médico-assistenciais
- Garantir a universalidade e a integralidade das ações assistenciais através da adoção da política de descentralização e de parâmetros de cobertura assistencial coerentes com a disponibilidade orçamentária.

METAS:

- Efetuar a discussão da proposta, IN LOCO, com as 18 DRS e seus respectivos municípios, até agosto/1997
- Efetivar a PPI até dezembro de 1997

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- Conselho Estadual de Saúde,
- Conselhos Municipais de Saúde
- Gestores Municipais

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Ministério da Saúde
- Orçamento do Tesouro do Estado
- Orçamento Municipal

ACÇÕES DO PROJETO:

COMPETE AO ESTADO:

- Sistematização do planejamento com padronização de metodologias e atividades
- Supervisão e assessoramento técnico

COMPETE AO MUNICÍPIO:

- Identificação de recursos orçamentários municipais que complementem as ações estaduais

COMPETE A COMUNIDADE:

- Através de seus Conselhos, a identificação das referências e contra-referências, a cooperação no dimensionamento da capacidade operacional e a discussão do modelo assistencial proposto

<u>PROJETO: Ações Programáticas</u>
<u>COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAS</u>
<u>RESUMO DO PROJETO:</u> As ações programáticas prioritárias a serem implementadas no Estado estão descritas no Anexo I
<u>OBJETIVOS DO PROJETO:</u> <ul style="list-style-type: none">- Desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, através da integração de atividades preventivas, assistenciais e reabilitadoras- Implementar as Normas Técnicas operacionais nas DRS e municípios
<u>METAS:</u> <ul style="list-style-type: none">- As definidas pelo DAS conforme Anexo I- Implantar Elenco Básico de Programas/Atividades em 467 municípios em 1997- Implantar, por adesão, os demais programas/atividades em 84 municípios com mais de 20.000 habitantes até 12/98- Adesão da totalidade dos municípios até 12/2000
<u>INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:</u> SSMA, SMS
<u>ABRANGÊNCIA:</u> Todo o Estado
<u>BENEFICIÁRIOS:</u> Toda a população do Estado
<u>DURAÇÃO DO PROJETO:</u> 1995 - 2000
<u>DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:</u> Tesouro do Estado

PROJETO: Prevenção e Controle de DST/AIDS

COORDENACÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAS

RESUMO DO PROJETO:

Desenvolvimento de atividades que visem a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente AIDS, através da distribuição de preservativos, vinculados aos projetos de prevenção e aos serviços de saúde. Realização de campanhas de prevenção da AIDS e ampliação de abrangência dos testes anti-HIV, com aconselhamento, através de estruturas alternativas à hospitalização tradicional (hospital dia, Sae). Incrementar vigilância do HIV através de 2 projetos de vigilância sentinela e capacitação de Recursos Humanos.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Prevenir e controlar as doenças sexualmente transmissíveis, em especial a AIDS
- Diminuição do nº de casos novos de infecção pelo HIV (9.41/100.000 hab em 1994)

METAS:

- Operacionalizar 02 projetos de vigilância sentinela
- Implantar 07 SAE (Serv. Amb. Especializado)
- Implantar 04 Hospitais dia
- Implantar 02 COAS (Centros de Orientação e Apoio Sorológico)
- Implantar 02 ADT (Assistência Domiciliar Terapêutica)
- Realizar 02 Campanhas de Prevenção
- Melhorar as condições físicas dos COAS de Caxias do Sul e Pelotas

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- Ministério da Saúde

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população

DURAÇÃO DO PROJETO:

início: 1995
término: 1997

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Governo Federal (80%)
- Governo Estadual (20%)

PROJETO: Inverno com Saúde

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAS

RESUMO DO PROJETO:

IRA: 2ª causa de morte em < 1 ano e a 1ª causa de morte de 1 a 4 anos de idade. As atividades estão previstas para se desenvolverem de modo progressivo até atingir todos os municípios do Estado. Está fundamentada no diagnóstico e tratamento padronizado dos casos, na capacitação de pessoal e na provisão de medicamentos e outros insumos necessários para a implantação do Programa IRA.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Redução da mortalidade por IRA, especialmente por pneumonia, em crianças com menos de 5 anos de idade;
- redução do uso inapropriado de medicamentos para tratamento das IRAS;
- redução da frequência de comunicações das IRAS;
- redução do número de hospitalizações por IRA.
- Diminuição das complicações das IRAs, como hipoacusia e a febre reumática, através do tratamento adequado das otites médias agudas e das amigdalites

METAS:

- Diminuir em 30% os óbitos por IRA em crianças com menos de 5 anos de idade;
- Implatação ou implementação das ações programáticas nas 2ª, 5ª, 8ª, 12ª, 13ª e 16ª DRS, em 1997
- Diminuição do nº de casos em 10% ao ano nas sedes das: 10ª, 11ª, 15ª e 17ª DRS, até 1999

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- Secretarias Municipais de Saúde
- FAMURS
- Faculdades de Medicina e Enfermagem do Estado

ABRANGÊNCIA:

18 Delegacias Regionais de Saúde

BENEFICIÁRIOS:

Crianças com menos de 5 anos de idade

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997- 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

SSMA

PROJETO: Operação Litoral

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: Direção Geral e 18ª DRS

RESUMO DO PROJETO:

Prestar assistência ambulatorial e hospitalar, atendimentos de urgência, controle de alimentos, de vetores e do meio ambiente à população residente e veranistas do litoral (18ª DRS), nos meses de janeiro, fevereiro e março

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Reforçar a assistência ambulatorial e hospitalar de urgência, o controle de alimentos e meio ambiente durante o verão, considerando o significativo aumento populacional na região litorânea do Estado.

METAS:

- Auxiliar 05 municípios no desenvolvimento de ações de saúde nos meses de verão

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- Prefeituras

ABRANGÊNCIA:

18ª DRS

BENEFICIÁRIOS:

- População da 18ª DRS
- Veranistas
- 1,5 milhão de pessoas

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado
- Prefeituras

PROJETO: Reforma Psiquiátrica no RS

COORDENACÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAS, SSMN

RESUMO DO PROJETO:

Em consonância com a Lei Estadual nº 9716/92, implementar a Reforma Psiquiátrica.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Implementar a Reforma Psiquiátrica no RS

METAS:

- Implantação ou implementação de 18 ambulatórios especializados em Saúde Mental
- Implantação de 20 NAPS/CAPS
- Implantação de 10 Hospital-Dia
- De acordo com critérios epidemiológicos utilizar 10% da capacidade dos hospitais gerais, conveniados com o SUS, como leitos psiquiátricos
- 3% deste universo deverá ser utilizado por crianças e adolescentes
- Implantação de 05 lares abrigados ou pensões comunitárias protegidas

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- União
- Estado
- Municípios

ABRANGÊNCIA:

Estado do Rio Grande do Sul

BENEFICIÁRIOS:

População do Rio Grande do Sul

DURAÇÃO DO PROJETO:

1995- 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- União, Estado e Municípios

ACÇÕES DO PROJETO:

COMPETE AO ESTADO:

- Implementar o Plano de Saúde Mental Estadual

COMPETE AO MUNICÍPIO:

- Implantar e/ou Implementar o Plano de Saúde Mental Municipal

COMPETE A COMUNIDADE:

- Participar nas ações da União, Estado e Municípios para fiscalizar

PROJETO: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAS

RESUMO DO PROJETO:

Elevar níveis de saúde através de uma ação organizada, voltada para a formação de agentes comunitários para atuação junto à comunidade.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Melhoria da capacidade da população de cuidar de sua saúde, através da transmissão de informações e conhecimentos.
- Fortalecimento da ligação entre serviços de saúde e comunidade.
- Ampliação do acesso a informação sobre saúde.
- Reduzir os níveis de morbi-mortalidade
- Atender a prioridades dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento

METAS:

1995 - Implantação do programa, em 40 municípios com a contratação de 2.000 Agentes de Saúde.

1996 - Implantação do programa, em 140 municípios com a contratação de 3.000 Agentes de Saúde.

1997 - Implantação do programa em 200 municípios com a contratação de 4.000 Agentes de Saúde.

1998 - Implantação do programa, em 47 municípios com a contratação de 5.000 Agentes de Saúde.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Prefeituras
- Governo Federal
- Iniciativa Privada
- Comunidade
- Governo Estadual

ABRANGÊNCIA:

Todo Estado

BENEFICIÁRIOS:

500.000 famílias

DURAÇÃO DO PROJETO:

início: 1995

término: 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Tesouro do Estado
Ministério da Saúde
Tesouro do Município

ACÕES DO PROJETO:

COMPETE AO ESTADO:

- Coordenação, acompanhamento e avaliação do projeto, seleção e treinamento dos agentes de saúde e treinamento de supervisores

COMPETE AO MUNICÍPIO:

- Gerenciamento do projeto e pagamento dos supervisores

COMPETE A COMUNIDADE:

- Indicação dos candidatos a agente de saúde

PROJETO: Projeto de Prevenção da Mortalidade na Infância
(PIÁ 2000)

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

RESUMO DO PROJETO:

O Projeto pretende:

- a) qualificar a prestação do atendimento a gestantes e crianças de zero a cinco anos;
- b) melhorar as condições de saneamento básico em áreas de urbanização precária.

OBJETIVOS DO PROJETO:

Geral:

- reduzir a mortalidade na infância , promovendo qualidade de vida a partir de ações dirigidas à melhoria da atenção à saúde e nutrição da população alvo.

Específicos :

- enquadrar a população alvo do PIÁ2000 no programa de agentes comunitários de saúde;
- vacinar a população infantil ;
- incentivar o aleitamento materno ;
- prestar assistência pré-natal adequada;
- prover permanentemente as unidades sanitárias do elenco básico de medicamentos para tratamento das doenças diarréica e respiratória agudas;
- melhorar as condições de saneamento básico.

METAS:

- Reduzir o coeficiente de mortalidade infantil em pelo menos 30% nos municípios em que a mesma está acima do coeficiente estadual (19.2/1.000) e em 15% nos demais municípios até 1998.
- Mapear as áreas carentes para ação dos agentes comunitários nos 45 municípios.
- Selecionar 1 (um) agente comunitário de saúde para cada 250 famílias carentes da zona urbana e 1 (um) para cada 150 famílias da zona rural.
- Capacitar pelo menos 1 (um) enfermeiro por município para supervisionar cada grupo de 30 agentes .
- Vacinar 100% da população menor de um ano de idade com as três doses da vacina Sabin e DPT, com a 1ª dose da vacina Anti-sarampo e com a vacina BCG.

INDICADORES:

- Coeficiente de mortalidade infantil.
- Nº. e % de municípios mapeados.
- Nº. de municípios que implantaram o programa.
- Nº. de agentes comunitários em atividade, por município.
- Nº e % de municípios que tiveram pelo menos 1(um) enfermeiro capacitado.
- Nº e % de crianças menores de 1 ano vacinadas, por ano e por município e por tipo de vacina.

Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

- | | |
|---|--|
| - Vacinar 100% das crianças de um a dez anos de idade com a vacina tríplice viral , a partir de jan/97. | - Nº e % de crianças vacinadas na rotina, por ano e por município, nas unidades sanitárias . |
| - Vacinar 100% da população com menos de 5 anos contra a poliomielite em dias nacionais de vacinação. | - Nº e % de crianças vacinadas . |
| - Vacinar 100% das gestantes que consultam nos serviços públicos de saúde e 80% das mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos) contra o tétano. | - Nº e % de crianças vacinadas em campanha de vacinação por ano e por município. |
| - Incentivar o aleitamento materno a 100% das gestantes e mães de crianças menores de 2 anos que consultem nas unidades sanitárias ou que estejam nas áreas de abrangência dos agentes comunitários de saúde. | - Nº. e % de gestantes vacinadas.
Nº. de mulheres em idade fértil vacinadas. |
| - Divulgar a iniciativa Hospital Amigo da Criança a 100% dos hospitais com leitos para maternidade. | - % de crianças amamentadas exclusivamente até 6 meses.
% de crianças com leite materno e alimentação complementar até 2 anos. |
| - Acompanhar o período pré -natal através de, no mínimo, 5 consultas a 100% das gestantes que procuram a unidade sanitária . | - Nº de hospitais que aderiram à iniciativa.
Nº de hospitais agraciados com o título de Hospital Amigo da Criança. |
| - Manter 100% das unidades sanitárias das redes estadual e municipais de saúde abastecidas com o elenco básico de medicamentos para tratamento das doenças diarréica e respiratória agudas. | - Nº e % de gestantes atendidas no pré-natal nas unidades sanitárias .
com 5 ou mais consultas.
com pelo menos uma consulta. |
| - Ampliar a oferta de água tratada à população nos 45 municípios. | - Nº. e % das unidades sanitárias abastecidas, por município. |
| - Implantar 3 sistemas simplificados de abastecimento de água, beneficiando 10-100 famílias cada um, por município, por ano. | - Nº. de famílias beneficiadas |
| - Implantar 400 módulos sanitários em cada um dos municípios da Região Metropolitana, 200 módulos em cada município com população superior a 50.000 habitantes e 100 módulos em cada um dos demais municípios que integram o projeto por ano. | - Nº de sistemas implantados.
% de famílias beneficiadas. |
| - Implantar 3 extensões da rede de água em cada município, por ano. | - Nº de módulos implantados .
% de famílias beneficiadas. |
| | - Nº de extensões implantadas.
% de famílias beneficiadas. |

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente
- Secretaria de Obras Públicas, Saneamento e Habitação
- Secretaria de Educação
- Secretarias Municipais de Saúde
- Secretarias Municipais de Educação

ABRANGÊNCIA:

O Projeto será implantado nos 45 municípios que constituem o universo do PIA2000.

BENEFICIÁRIOS:

A população alvo do Projeto é formada por gestantes e crianças de zero a cinco anos, oriundas de famílias de baixa renda, com taxas elevadas de mortalidade na infância, concentradas em áreas de urbanização precária. A imunização com a vacina tríplice viral atinge crianças até dez anos.

DURAÇÃO DO PROJETO:

início: Maio de 1996
término: Dezembro de 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Os valores referentes à Administração Direta provêm da União e do Estado.

*11 - Custo unitário de cada módulo sanitário: R\$ 336,00

Custo unitário de cada SSAA: R\$ 8.000,00

Custo unitário de cada ERA: R\$ 5.000,00

*12 - Este valor refere-se ao pagamento via SUS

ACÇÕES DO PROJETO:

COMPETE À UNIÃO:

1. Assessoramento e avaliação da coordenação estadual do Programa do Agente Comunitário de Saúde.
2. Apoio na divulgação da iniciativa "Hospital Amigo da Criança".
3. Padronização, repasse de medicamentos e fornecimento de imunobiológicos.

COMPETE AO ESTADO:

1. Divulgação do projeto.
2. Sensibilização, supervisão e assessoramento aos municípios, treinamento do enfermeiro supervisor e seleção dos agentes comunitários de saúde.
3. Provimento de recursos humanos na rede sanitária.
4. Promoção e incentivo ao aleitamento materno através dos agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares das unidades sanitárias estaduais e rede estadual de ensino.
5. Formulação da normativa técnica, treinamento de recursos humanos, organização dos fluxos de atendimento pré-natal e de maternidade.
6. Levantamento das necessidades locais de medicamentos e posterior distribuição regional dos mesmos.
7. Análise de projetos, tecnologia, perfuração de poços, análise periódica da água e transferência de capital aos municípios na implantação dos sistemas simplificados de abastecimento e extensões de redes de água.
8. Planejamento, tecnologia, supervisão e fornecimento de material de construção civil para a implantação dos módulos sanitários.

COMPETE AO MUNICÍPIO:

1. Divulgação do projeto.
2. Mapeamento, mobilização da comunidade, treinamento e supervisão das ações do agente comunitário de saúde. Administração das verbas do SIA-SUS referentes à produtividade do mesmo.
3. Coordenação, monitoramento e supervisão da execução das atividades de vacinação. Incentivo à presença de recursos humanos nos treinamentos ministrados pelo Estado. Mobilização da comunidade no acompanhamento da ação.
4. Promoção e incentivo ao aleitamento materno através dos agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares das unidades sanitárias municipais e rede municipal de ensino.
5. Execução do atendimento pré-natal na rede sanitária.
6. Operacionalização de uso dos medicamentos indicados para doença diarreica e respiratória agudas.
7. Elaboração dos projetos técnicos e construção dos sistemas simplificados de abastecimento e extensões de rede de água.
8. Provimento de recursos humanos e fornecimento de material de consumo para a implantação dos módulos sanitários.

PROJETO: Projeto de Garantia de Serviços de Saúde Especializada
(PIÁ 2000)

COORDENACÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

RESUMO DO PROJETO:

- O Projeto visa implantar e/ou implementar pelo menos um serviço de referência especializado por município para atendimento de crianças e adolescentes em situação de rua e seus familiares, que sejam usuários de drogas, ou que apresentem problemas de saúde mental, ou ainda sejam vítimas de abuso e maus tratos nos quinze municípios envolvidos no programa.

- Assim, poder-se-ão desencadear ações que garantam a prevenção destas ocorrências.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- reduzir a incidência de drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua através do aumento da cobertura de atendimento nos serviços de referência especializados;

- atender crianças e adolescentes em situação de rua com problemas de saúde mental nos serviços de referência especializados;

- atender crianças e adolescentes em situação de rua vítimas de abuso e maus tratos nos serviços de referência especializados.

METAS:

- Reduzir em 10% , de 50% para 40%, o índice de drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua;

- Habilitar pelo menos um serviço de referência por município para atendimento da população alvo do programa até o final de 1998;

- Garantir a adesão ao programa de pelo menos um hospital de referência em cada município para internação desta população alvo até o final de 1998;

- Capacitar 30 técnicos em Porto Alegre e 10 técnicos por município até o final de 1997.

INDICADORES:

- Unidades Sanitárias e Postos de Saúde funcionantes (um serviço de referência por município);

- Hospital de Referência por município para atendimento desta população alvo;

- Nº. de Técnicos treinados por município.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

- Secretaria do Planejamento

- Secretaria da Justiça e da Segurança

- Febem

ABRANGÊNCIA:

Alvorada - Bagé - Canoas - Caxias do Sul - Gravataí - Novo Hamburgo - Passo Fundo - Pelotas - Porto Alegre - Rio Grande - Santa Maria - São Leopoldo - Sapucaia do Sul - Uruguaiana - Viamão.

BENEFICIÁRIOS:

- Crianças e adolescentes em situação de rua, cujo contingente é estimado em:
- 200 crianças e adolescentes em Porto Alegre;
- 50 crianças e adolescentes por município;
- 450 famílias por município.

DURAÇÃO DO PROJETO:

início: maio de 1996
término: dezembro de 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Tesouro do Estado

ACÕES DO PROJETO:

COMPETE AO ESTADO:

1. Realização de levantamento dos serviços de atenção primária municipais e estadual que venham prestando atendimento a crianças e adolescentes drogaditas, ou com problemas de saúde mental ou ainda vitimados por abuso ou maus tratos, bem como especificação do número e formação dos técnicos a serem envolvidos no programa nos 15 municípios priorizados;
2. Avaliação dos hospitais que venham prestando atendimento a esta população alvo nos 15 municípios;
3. Habilitação dos serviços de referência ambulatoriais e hospitalares para atendimento desta população nos municípios onde inexistam estas ações;
4. Articulação entre os níveis de saúde primário, secundário e terciário facilitando a referência e contra-referência entre os serviços nos 15 municípios envolvidos;
5. Capacitação de técnicos para atendimento da população alvo.

COMPETE AO MUNICÍPIO:

1. Atendimento ambulatorial e hospitalar desta população alvo;
2. Execução de ações preventivas a nível individual e em grupo (grupos de sala de espera por ex.) orientando e educando esta população alvo;
3. Assegurar a presença de técnicos e auxiliares de Unidades de Saúde nos treinamentos ministrados pelo Estado, com a responsabilidade de se tornarem multiplicadores no município;

4. Notificação dos casos de crianças e adolescentes em situação de rua drogaditas ou vitimadas por abuso ou maus tratos, discriminando os atendimentos ambulatoriais e os encaminhamentos ao hospital.

Os Serviços de Referência do projeto deverão dispor de medicações necessárias para esta população alvo, como por exemplo, psicofármacos, que terão a quantidade estimada a partir do resultado do projeto de contagem e mapeamento dos meninos de rua.

PROJETO: Projeto de Garantia e Reabilitação Nutricional
(Piá 2000)

COORDENACÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

RESUMO DO PROJETO:

O Projeto consiste na identificação e acompanhamento de crianças de 0 a 5 anos desnutridas ou com risco nutricional, priorizando às mesmas atendimento médico e nutricional (complementação de renda familiar direcionada a suplementação alimentar).

OBJETIVOS DO PROJETO:

Geral:

- reduzir a taxa de desnutrição em crianças de 0 a 5 anos através de ações dirigidas a sua prevenção, tratamento de patologias associadas e subsídio complementar mensal direcionado a suplementação alimentar.

Específicos :

- identificar e acompanhar crianças desnutridas de 0 a 5 anos;
- tratar patologias associadas;
- fornecer complementação de renda.

METAS:

- Reduzir a taxa de desnutrição em 33% até 1998.
- Capacitar 1 (um) profissional (técnico ou auxiliar de enfermagem) no mínimo por unidade sanitária nas normas técnicas de desnutrição da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente.
- Garantir a melhoria da renda familiar, através de subsídio complementar mensal temporário para famílias com renda per capita mensal igual ou inferior a R\$ 50,00 e que tiverem cadastrados casos de desnutrição na faixa de 0 a 5 anos.

INDICADORES:

- % de crianças com menos de 5 anos com peso abaixo do percentil 10 no Cartão da Criança.
- Nº. e % de profissionais capacitados, por município, em curso de 12 h/aula.
- Nº. de famílias beneficiadas.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente
- Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social
- Secretarias Municipais de Saúde
- Prefeituras Municipais

ABRANGÊNCIA:

Constarão inicialmente neste Projeto os municípios que integram o acordo firmado pelo Governo do Estado - UNICEF (45 municípios).

BENEFICIÁRIOS:

85.369 crianças de 0 a 5 anos atendidas na rede de unidades sanitárias estadual e municipais ou oriundas de creches .

DURAÇÃO DO PROJETO:

início: Maio de 1996
término: Dezembro de 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Tesouro do Estado

ACÕES DO PROJETO:

COMPETE AO ESTADO:

1. Divulgação do Projeto.
2. Capacitação de profissionais das unidades sanitárias nas normas técnicas de desnutrição.
3. Identificação e tratamento de crianças desnutridas.
4. Oferta de complementação de renda para recuperação nutricional através de ação especial.
5. Acompanhamento e controle da ação de complementação de renda através da avaliação do estado nutricional das crianças cujas famílias sejam beneficiadas.
6. Acompanhamento e avaliação do Programa "Leite é Saúde" do Ministério da Saúde nos municípios onde já ocorra esta ação.
7. Encaminhamento, pelo agente comunitário de saúde, do desnutrido com idade entre 5 e 6 anos para creches assistenciais e comunitárias.

COMPETE AO MUNICÍPIO:

1. Divulgação do Projeto.
2. Identificação e tratamento de crianças desnutridas na rede sanitária.
3. Acompanhamento e controle da ação de complementação de renda através da avaliação do estado nutricional das crianças cujas famílias sejam beneficiadas.

PROJETO: Saúde na Escola PIÁ-2000

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

RESUMO DO PROJETO:

O projeto visa desenvolver programa de saúde escolar nas escolas da rede pública de ensino, nos municípios selecionados pelo Projeto PIÁ-2000.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Desenvolver programas de saúde escolar com ênfase nas áreas de saúde bucal, acuidade visual, nutrição, saúde mental, orientação sexual, DST/AIDS, consumo de drogas, primeiros socorros, saúde ambiental, prevenção de acidentes escolar e ectoparasitoses.

METAS:

- Inserir a escovação orientada nas séries iniciais das escolas públicas
- Implantar escovários
- Inserir a fluoretação semanal (bochechos) para 270.335 crianças
- Avaliar e tratar 100% das crianças matriculadas na pré-escola e séries iniciais (prioridade para 1ª e 2ª séries)
- Detectar a acuidade visual dos alunos da pré escola, 1ª e 2ª séries
- Avaliar condições gerais da saúde da população alvo
- Controle roedores, sinantrópicos e vetores nas 991 escolas participantes
- Capacitar equipes das escolas para promover saúde mental
- Capacitar comunidade escolar em orientação sexual, DST/AIDS, consumo de drogas, primeiros socorros, saúde ambiental, prevenção de acidentes e de ectoparasitoses

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente
- Secretaria Estadual de Educação
- Secretarias Municipais de Saúde
- Prefeituras Municipais

ABRANGÊNCIA:

44 municípios que integram o acordo Governo Estadual - UNICEF e rede estadual de ensino do município de Porto Alegre

BENEFICIÁRIOS:

- 270.335 crianças da pré-escola, 1ª e 2ª séries iniciais da rede pública de ensino

DURAÇÃO DO PROJETO:

- Início 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado

PROJETO: Controle da Infecção Hospitalar

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAHA

RESUMO DO PROJETO:

Conhecimento e prevenção das Infecções Hospitalares que possibilitem adotar estratégias de controle de qualidade do atendimento hospitalar

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Redução da morbidade e mortalidade hospitalares
- Racionalização dos custos institucionais e governamentais

METAS:

- Incentivar a instituição de CCIH atingindo, até dezembro de 1998, 80% dos hospitais do RS
- Cadastrar 100% das CCIH instaladas, no programa da SSMA
- Capacitar 100% das CCIH criadas nas normas fundamentais mínimas de controle das IH, em conjunto com a Escola de Saúde Pública
- Editar e distribuir manual de normas técnicas para 391 hospitais
- Implantar sistema de vigilância capaz de coletar e analisar os dados de 100% das CCIH do RS, até dezembro de 1998
- Elaborar, propor e encaminhar Projeto de Lei Estadual que determina a obrigatoriedade de todos os hospitais do Estado desenvolverem Programa de Controle de Infecção Hospitalar

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- Hospitais do RS

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 a 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- SSMA

PROJETO: Descentralização da Assistência Complementar

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAHA

RESUMO DO PROJETO:

Descentralizar o PAC através de estruturação, nas DRS, de unidade administrativas concessionárias de órteses/próteses, bolsas de ostomias e TFD. Juntamente com a descentralização do PAC.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Facilitar e qualificar a atenção aos usuários do SUS.
- Descentralizar o PAC
- Implantar o Programa Estadual de Atenção Integral à Pessoa Portadora de Deficiência e à Pessoa Portadora de Altas Habilidades

METAS:

- Implantar a descentralização do PAC em 100% dos municípios em gestão simplificada (NOB 01/93) até março de 1998
- Implantar a descentralização do PAC em 100% dos municípios habilitados em outras formas de gestão até dezembro de 1998
- Apresentar o projeto de operacionalização desta descentralização, à deliberação da Bipartite e do CES até outubro de 1997
- Prestar assessoria técnica, administrativa e financeira às DRS e seus respectivos municípios, à medida que assumirem o PAC, de modo a atingir 100% dos gestores habilitados até dezembro de 1998
- Informatizar 100% dos dados do PAC e implantar fluxo de informações do nível municipal/regional para o estadual, de modo a possibilitar o acompanhamento e avaliação dos serviços descentralizados, até dezembro de 1998
- Promover campanhas de prevenção das deficiências, através dos meios de comunicação
- Elaborar e divulgar, até dezembro de 1997, material de orientação aos usuários sobre as atividades disponíveis no PAC, assim como sobre o uso adequado dos materiais e equipamentos disponibilizados

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado envolvida nos Programas

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado e Fundo Estadual de Saúde

PROJETO: Programa Estadual de Atenção integral à Pessoas Portadoras de Deficiências e Altas Habilidades - PEAI/RS conforme Decreto de Lei Estadual 36.577 de 28 de Março de 1996.

COORDENAÇÃO: Secretaria Geral de Governo, Secretaria da Educação, Secretaria do trabalho, Cidadania e Assistência Social, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (DAHA / PAC)

RESUMO DO PROJETO:

O projeto visa estabelecer uma rede articulada entre o setor público e o privado nas áreas de educação, saúde e assistência social para atender à população portadora de deficiência, estimada em 10% da população, ou portadoras de altas habilidades, estimada em 2%.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Desenvolver ações nas áreas de prevenção, educação infantil, escolarização, habitação, reabilitação para o trabalho e de cidadania.

METAS:

- Descentralizar o atendimento às pessoas portadoras de deficiência e altas habilidades em 100% dos 44 municípios do PEAI/RS, selecionados como cidades pólo, com localização estratégica para a rede e municípios com mais 100.000 habitantes.

- Atender às solicitações de órteses/próteses e equipamentos complementares em 100% dos 44 municípios, conforme critérios e disponibilidades orçamentárias estaduais.

- Qualificar 100% dos profissionais de saúde integrado ao SUS para atendimento nos 44 municípios.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SEC
- STCAS
- SSMA
- Instituições privadas

ABRANGÊNCIA:

44 municípios que aderiram à primeira etapa do projeto.

BENEFICIÁRIOS:

Pessoas portadoras de deficiências e/ou de altas habilidades

DURAÇÃO DO PROJETO:

1996 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado.

PROJETO: Programa de Doação de Órgãos e Transplantes

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAHA

RESUMO DO PROJETO:

Cabe ao PDOT gerenciar todas as etapas relativas a doação de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, bem como a viabilização da realização de transplantes, proporcionando apoio logístico e coordenação das atividades das diversas equipes e entidades envolvidas no território do Estado, acompanhando as listas de espera de pacientes candidatos a transplante

É também, atividade do PDOT o controle e avaliação dos resultados dos transplantes de órgãos e elaboração de propostas de correção das deficiências encontradas

Estas atividades são desenvolvidas de acordo com a legislação vigente: lei 9434 de 04/02/97, em sintonia com o Ministério da Saúde e as demais Centrais Estaduais de Transplantes

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Incrementar a realização de transplantes de órgãos no Estado, procurando atender a demanda por este tipo de tratamento, adequando-se à legislação vigente (Lei Federal 9434 de 04/02/1997)

METAS:

- Aproximar o número de notificações de ocorrências de morte encefálica ao número estimado para a nossa população (600/ano)

- Diminuir os casos de recusa de ordem médica ao aproveitamento de órgãos doados, por não apresentar o potencial doador, condições clínicas que assegurem a viabilidade do órgão a ser transplantado

- Diminuir os casos de negativa dos familiares à doação de órgãos

- Tornar exequível a busca de órgãos em qualquer UTI do Estado do RS em tempo hábil para utilização em transplantes, ou o transporte do doador, se for o caso

- Proporcionar igualdade de condições no acesso ao recurso de transplante de órgãos a todos os pacientes com indicação para este tipo de tratamento

- Avaliar a capacidade das equipes de transplante de órgãos no Estado frente à demanda

- Auto avaliações periódicas do PDOT, com indicadores geral específicos para cada etapa do Programa

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Ministério da Saúde
- SSMA
- Secretaria dos Transportes do Estado
- Hospitais autorizados para a realização de transplantes
- Hospitais do Estado e Estados vizinhos que possuem UTI
- Laboratórios de Imunogenética no Estado
- Centrais de Transplantes de Órgãos de Estados vizinhos

ABRANGÊNCIA:

Território do Estado do Rio Grande do Sul e eventualmente, Estados vizinhos

BENEFICIÁRIOS:

População do Estado que aguarda transplante de órgãos

DURAÇÃO DO PROJETO:

Permanente e ininterrupto

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

-SSMA

PROJETO: Vacinação

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAS

RESUMO DO PROJETO:

Promover a prevenção e controle das doenças transmissíveis redutíveis por imunizantes, através de práticas normatizadas que permitam assegurar procedimentos corretos na administração e gerenciamento dos imunobiológicos.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Contribuir para o controle e/ou erradicação das doenças transmissíveis imunopreveníveis, mediante a vacinação da população exposta
- Assegurar a distribuição dos imunobiológicos para rede pública através do repasse pelo Ministério da Saúde ou aquisição própria do Rio Grande do Sul
- Assegurar a qualidade das ações realizadas em sala de vacinação da rede pública no Estado
- Promover capacitação de recursos humanos do nível regional e municipal para desenvolver as ações de imunizações
- Promover um Programa de Supervisão continuada

METAS:

- Vacinação de 100% das crianças menores de 1 ano, com vacinas contra a poliomielite, sarampo, difteria, tétano, coqueluche e tuberculose
- Revacinar 100% das crianças aos 15 meses contra a difteria, tétano e coqueluche
- Revacinar 100% das crianças de 6 a 14 anos contra a tuberculose
- Revacinar 100% das crianças a partir dos 10 anos contra difteria e tétano
- Vacinar gestantes e mulheres em idade fértil
- Executar Campanha Estadual de Vacinação contra caxumba, sarampo e rubéola para 100% da população de 1 a 11 anos de idade (1997)
- Executar as Campanhas Nacionais de Vacinação Contra Paralisia Infantil para 100% da população de 0 a 4 anos
- Implantar a vacinação contra caxumba, sarampo e rubéola, aos 15 anos, no Calendário Básico de Vacinação
- Realizar, anualmente, quatro (4) supervisões do nível Regional para o nível municipal
- Realizar, anualmente, encontros de Supervisão, com duração de quatro (4) dias, do nível central para o nível regional
- Concluir a reforma e ampliação da área de armazenamento e distribuição de imunobiológicos do nível central (287 m²)

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Ministério da Saúde
- SSMA
- Secretarias Municipais de Saúde

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

População exposta

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Ministério da Saúde
- Tesouro do Estado

PROJETO: Descentralização da Vigilância Sanitária

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAS

RESUMO DO PROJETO:

Reestruturar a Vigilância Sanitária através da implantação de núcleos descentralizados

OBJETIVOS DO PROJETO:

Garantir a qualidade de produtos, bens de consumo e serviços na área da saúde, submetidos ao regime de Vigilância Sanitária

METAS:

- Implantar o sistema de informação em Vigilância Sanitária
- Cadastrar os estabelecimento na área da Vigilância Sanitária
- Implantar NTO nas 18 DRS
- Implantar Núcleo de Vigilância Sanitária nos 467 municípios do Estado
- Inspeção de 120 indústrias de medicamentos e correlatos por ano
- Inspeção de 250 estabelecimentos/ano que comercializem medicamentos, saneantes e cosméticos
- Inspeção de 60 bancos de sangue e agências transfusionais por ano
- Inspeccionar 120 industrias de alimentos por ano
- Inspeção de 3.600 estabelecimentos comerciais de alimentos por ano
- Investigação de 100% dos casos de doenças decorrentes do consumo de alimentos
- Inspeção às Clínicas de Hemodiálise e estabelecimentos hospitalares
- Conhecer a situação da água para consumo humano fornecida por todos os municípios
- Realização de treinamentos de recursos humanos para municípios

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

SSMA, SMS, MS, Sec. Agricultura

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado.

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Tesouro do Estado, Ministério da Saúde

PROJETO: Eliminação do AEDES AEGYPTI

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAS, DCDTA, FNS - Coordenação Regional do RS

RESUMO DO PROJETO:

O projeto visa estabelecer e normatizar atividades de vigilância epidemiológica e entomológica com vistas à tomada de medidas de eliminação do vetor e controle da doença na população.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Evitar a ocorrência de casos autóctones de dengue no Estado
- Detectar focos de aedes aegypti;
- Erradicar os focos de aedes aegypti;
- Manter a vigilância epidemiológica de casos suspeitos de dengue
- Capacitar os recursos humanos de saúde do Estado, no diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica da dengue.
- Informar a população a respeito de medidas de saneamento domiciliar para eliminação de criadouros do vetor

METAS:

- Treinar 550 trabalhadores de saúde no diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica do dengue
- Notificar e investigar 100% dos casos suspeitos de dengue
- Informar os habitantes dos 467 municípios do Estado sobre medidas de prevenção e controle da dengue
- Implantar o diagnóstico laboratorial no Laboratório de Urologia da FEEPS

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- FNS
- SEC
- Sec. De Obras

ABRANGÊNCIA:

467 municípios

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997- 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Ministério da Saúde
- Tesouro do Estado

PROJETO: Centro de Informações Toxicológicas

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: FEPPS

RESUMO DO PROJETO:

O Centro de Informações Toxicológicas é pólo de referência no Estado, no campo da toxicologia, prestando assessoria e orientação frente a acidentes tóxicos, para leigos e técnicos, através do acesso a melhor informação especializada no menor tempo possível.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Manter o Plantão de Emergência para o atendimento rápido e especializado do usuário leigo e técnico.
- Realizar programas e campanhas de prevenção de acidentes tóxicos
- Capacitar estudantes, de áreas afins, no campo da toxicologia
- Possibilitar acesso via INTERNET da documentação técnica do CIT
- Equipar o Laboratório de análise de emergência para aumento da produtividade
- Desenvolver técnicas de extração de venenos e princípios ativos vegetais

METAS:

- Produzir 120 monografias/ano
- Possibilitar identificação de 75.000 compostos
- Acesso via INTERNET

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- FEPPS
- Prefeituras
- Escolas
- Empresas

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- FEPPS
- Tesouro do Estado

PROJETO: Implementação do Programa de Saneamento Básico Comunitário

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAS/PROSAN

RESUMO DO PROJETO:

Transferência de recursos financeiros aos municípios para ações de saneamento básico: implantação de módulos sanitários, sistemas simplificados de abastecimento de água (SSAA) e de extensão de redes de água. O projeto é realizado em parceria com as Prefeituras Municipais e comunidades, obedecendo às diretrizes da descentralização e municipalização.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Contribuir para a redução da mortalidade infantil, através da redução dos indicadores de morbi-mortalidade por doenças diarreicas e/ou de veiculação hídrica através de ações de saneamento básico comunitário, atingindo a população carente de conglomerados urbanos e rurais.
- Promoção da cidadania, através da melhoria da qualidade de vida.
- Atender às prioridades dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento.

METAS:

Metas:	Ano:			
	1997	1998	1999	2000
Implantação de Sistema Simplificado de Abastecimento de Água - SSAA	500	550	600	650
Implantação da Extensão de Rede de Água - ERA	200	250	300	350
Implantação de módulos sanitários	2200	2500	3000	3500
Visitas de vistoria e supervisão	1576	1800	2040	2280
Construção da oficina regional de Ijuí - 17ª DRS	250m2	-	-	-
Reforma da Oficina regional de Lajeado - 16ª DRS	100m2	-	-	-
Reforma e ampliação da oficina regional de Osório	180m2	-	-	-
Ampliação das oficinas regionais	110m2	110m2	110m2	110m2
Equipamento de 16 oficinas regionais	4	4	4	4
Aquisição de veículo pesado, caminhão com capacidade mínima de 4 ton	1	-	-	1
Aquisição de veículo pesado - mini escavadeira modelo "BOB-CAT"	1	-	-	1

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Governo Estadual
- Prefeituras

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

População de várias regiões do Estado:

1997= 22.850 famílias;

114.250 pessoas.

DURAÇÃO DO PROJETO:

1995 1998

ACÕES DO PROJETO:

COMPETE AO ESTADO:

- Análise de projetos
 - Repasse de recursos
 - Acompanhamento e fiscalização das obras
- Nos módulos sanitários: fabricação das placas pré-moldadas

COMPETE AO MUNICÍPIO:

- Elaboração de projeto
- Execução da obra

COMPETE A COMUNIDADE:

- Fiscalização;
- Mão de obra em sistema mutirão.

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Governo do Estado: 70%;
- Governo Municipal: 30%;
- Comunidade: mão de obra em sistema de mutirão.

PROJETO: Rede de Monitoramento Ambiental - Pró-Guaíba

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: FEPAM

RESUMO DO PROJETO:

O projeto visa o monitoramento e controle das principais fontes de poluição industrial e doméstica da Bacia do Guaíba.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Implantar rede de monitoramento da água e de qualidade do ar para o monitoramento e controle das principais fontes de poluição industrial e doméstica da bacia do Guaíba.

METAS:

- Instalar rede de equipamento para monitoramento ambiental = 200 pontos de coleta de água e pontos de monitoramento do ar em 1997.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Governo do Estado
- FEPAM
- Governo Municipal
- Governo Federal
- Órgãos Internacionais

ABRANGÊNCIA:

Região da Bacia Hidrográfica do Guaíba

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado, em especial da área da Bacia do Guaíba

DURAÇÃO DO PROJETO:

1996 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado
- Próprios da FEPAM
- Banco Mundial

PROJETO: Ações Para Controle da Poluição Ambiental - Pró-Guaíba

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: FEPAM

RESUMO DO PROJETO:

O Projeto visa o controle das principais fontes poluidoras do Estado na Bacia do Guaíba e nos municípios de fronteira com Uruguai e Argentina.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Identificar, cadastrar, classificar e enquadrar na legislação ambiental as fontes de poluição da bacia do Guaíba e dos municípios fronteiriços com Uruguai e Argentina.
- Diminuir a poluição ambiental pelo controle das principais fontes poluidoras do Estado e do seu impacto no meio ambiente, elaborando plano com ação conjunta das empresas para estações de tratamento de dejetos.

METAS:

- Identificar e cadastrar 5000 indústrias poluidoras.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Prefeituras Municipais
- Governo Federal
- Governo Estadual
- Órgãos Internacionais
- Iniciativa Privada
- Comunidade

ABRANGÊNCIA:

Bacia Hidrográfica do Guaíba
Fronteira com Uruguai e Argentina

BENEFICIÁRIOS:

População da Bacia do Guaíba
Municípios da Fronteira com Uruguai/Argentina

DURAÇÃO DO PROJETO:

1996 - 1999

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro Estadual
- Recursos próprios da FEPAM
- Banco Mundial

PROJETO: Melhoria da Qualidade da Gestão Ambiental

COORDENACÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: FEPAM

RESUMO DO PROJETO:

Descentralização da gestão das ações relacionadas ao meio ambiente, buscando a melhoria da qualidade das mesmas.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Descentralizar a gestão ambiental através da regionalização e municipalização.
- Implantar sistema informatizado.
- Capacitar funcionários das Prefeituras em gestão ambiental.

METAS:

- Implantar dez (10) Regionais: Osório, Porto Alegre, Rio Grande, Bagé, Uruguaiana, Santa Maria, Santa Cruz do Sul, Caxias do Sul, Passo Fundo, Santa Rosa.
- Implantar sistema informatizado nas regionais.
- Realizar cursos para capacitação de gestor ambiental

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Prefeituras
- FEPAM
- SSMA
- Órgãos Internacionais

ABRANGÊNCIA:

- Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

- Toda a população do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

- 1996 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado
- Recursos próprios da FEPAM
- Governo Federal

PROJETO: Zoneamento Ecológico - Economia em Áreas Prioritárias

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: FEPAM

RESUMO DO PROJETO:

O projeto busca formular orientações para a ocupação de territórios, quanto ao uso do solo e recursos ambientais, no sentido de manter a qualidade do meio ambiente.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Caracterizar as áreas prioritárias e formular diretrizes do uso do solo para manutenção da qualidade ambiental.
- Priorizar a Zona costeira, Mata Atlântica, Bacia do Guaíba.
- Orientar para a ocupação do território e o uso dos recursos ambientais.

METAS:

- Elaborar boletim trimestral de monitoramento do ar.
- Elaborar proposta de legislação de macrozoneamento.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Prefeituras
- Fepam
- Governo Estadual
- Iniciativa Privada
- Órgãos Internacionais

ABRANGÊNCIA:

As áreas prioritárias mencionadas.

BENEFICIÁRIOS:

População local das áreas priorizadas
Comunidade científica
Turistas

DURAÇÃO DO PROJETO:

1995 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Tesouro do Estado
Próprios da FEPAM
Governo Federal

PROJETO: Normatização e Licenciamento das Atividades Potencialmente Poluidoras

COORDENAÇÃO: Secretária da Saúde e do Meio Ambiente: FEPAM

RESUMO DO PROJETO:

O projeto visa a normatização, licenciamento e avaliação das atividades potencialmente poluidoras do Estado, industriais, de extração mineral e quanto ao uso de agrotóxicos. Busca, também, qualificar a atenção às emergências ambientais.

OBJETIVOS DO PROJETO:

Controlar e licenciar atividades industriais do Estado do Rio Grande do Sul, incluindo as atividades de extração mineral.

Fiscalizar e controlar os agrotóxicos (comercialização, armazenamento, consumo e transporte interno).

Avaliar o potencial poluidor e o impacto ambiental das atividades sujeitas ao licenciamento da FEPAM.

Normatizar e qualificar as condições de atenção a emergências ambientais.

METAS:

Licenciar 6.000 atividades potencialmente poluidoras/ano.

Elaborar 15 normas e procedimentos técnicos para atividades poluidoras.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

Fepam

SSMA

Governo Federal

Convênios com GTZ, GERCO, PNMA/FEPAM.

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população

DURAÇÃO DO PROJETO:

1996 - 1999

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Recursos próprios da FEPAM

PROJETO: Melhoria da Infraestrutura da FEPAM

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: FEPAM

RESUMO DO PROJETO:

- Melhoria da infraestrutura da FEPAM através da reforma do prédio que foi da SEC, para abrigar a sede da FEPAM e da reforma e equipamento do laboratório.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Reformar o prédio da antiga Secretaria de Educação para sede da FEPAM
- Reformar e equipar o laboratório de química

METAS:

- Relocalizar laboratório
- Relocalizar sede da FEPAM

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Governo do Estado

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1996 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado

PROJETO: Reestruturação e Recuperação da Rede Assistencial

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: ASSTEPLAN

RESUMO DO PROJETO:

O projeto visa, através da transferência de recursos financeiros aos municípios, recuperar e/ou ampliar a área física de todas as unidades assistenciais que não apresentam condições ideais de funcionamento para a prestação dos serviços de saúde, bem como, reequipar as mesmas. Visa, também, dotar de serviços de saúde as localidades que não possuem atendimento público, em sua maioria municípios recém-emancipados.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Dotar o Estado de uma rede ambulatorial básica qualificada visando diminuir os índices de morbi-mortalidade, pela garantia de acesso a serviços de saúde resolutivos
- Apoiar a descentralização do SUS (municipalização)
- Atender às prioridades dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento.

METAS:

- Recuperar e reequipar 432 unidades de saúde do Estado
- Ampliar e equipar unidades de saúde
- Construir 36 e equipar 40 unidades de saúde
- Ofertar 675.840 consultas/ano

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Governo Federal, Estadual e Municipal

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a clientela que usa os serviços de saúde da rede pública do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1995 - 1998

AÇÕES DO PROJETO:

COMPETE AO ESTADO:

- Repasse de recursos, acompanhamento e vistoria das obras

COMPETE AO MUNICÍPIO:

- Execução da Obra

COMPETE A COMUNIDADE:

- Controle social, através dos Conselhos de Saúde Estadual e Municipais

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado
- Ministério da Saúde
- Tesouro do Município

PROJETO: Hospital Sanatório Partenon

COORDENACÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

Departamento de Coordenação de Hospitais e Hemocentros

RESUMO DO PROJETO:

Garantir a prestação de assistência ambulatorial e hospitalar na área de doenças infecto-contagiosas - Tuberculose e Aids - como referência estadual; atendimento ambulatorial nas áreas de pediatria, ginecologia, clínica geral, cirurgia, neurologia, cardiologia, radiologia, odontologia para os usuários adscritos na zona de influência do HSP em Porto Alegre, através da reestruturação e equipamento do Hospital.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Construir e/ou reformar a área física do hospital possibilitando a ampliação e qualificação dos serviços oferecidos.
- Adquirir equipamentos e material permanente para ampliação da capacidade instalada e resolutive do Laboratório de Análises, da Farmácia e da UTI.
- Fortalecer pólo-regional de referência.

METAS:

- 1080 internações hospitalares/ano
- 24.000 atendimentos ambulatoriais/ano
- Readaptar Bloco A (2433m²) implantando 15 leitos de observação, criando 1 unidade de emergência, uma unidade de serviços complementares de diagnóstico e tratamento
- Construir Bloco B (1038m²), criando centro cirúrgico, UTI, 10 leitos de observação e central de material
- Construir Bloco C (1521 m²), criando Unidade de Internação Geral com 100 leitos
- Construir Bloco D (2940m²), criando Unidade de Internação Prolongada com 110 leitos
- Reformar 393m² para implantar o Hospital Dia para pacientes com AIDS
- Reformar 3250m² de área externa do HSP
- Reformar e reequipar serviço de RX (50 m²)
- Reformar prédio de atividades recreativas (280 m²)
- Construir almoxarifado (500 m²)

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

SSMA
ULBRA
PMPA

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado p/ atenção à TBC e AIDS
Distrito de Porto Alegre para atenção ambulatorial geral

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado
População do Distrito Sanitário de POA.

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Tesouro do Estado
Ministério da Saúde PNDU/AIDS

PROJETO: Conclusão de Hospitais Municipais

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: ASSTEPLAN

RESUMO DO PROJETO:

Projeto consiste no repasse de recursos do Governo Estadual às Prefeituras Municipais para recuperar e promover a conclusão e equipamento de hospitais municipais ou filantrópicos localizados em várias regiões do Estado, cujas obras encontram-se paralisadas ou em andamento muito lento, ocasionando a depreciação do patrimônio existente.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Descentralizar o atendimento hospitalar
- Aumentar a oferta de leitos hospitalares no Estado, direcionando a referência a pólos regionais somente dos casos mais complexos
- Atender às prioridades dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento

METAS:

- Conclusão e equipamento de 08 hospitais em 1996
 - Conclusão e equipamento de 15 hospitais em 1997
 - Conclusão e equipamento de 02 hospitais em 1998
- Ao final do projeto:
- Ofertar 860 leitos hospitalares
 - Ofertar 62.000 internações/ano

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Prefeituras
- Governo do Estado/SSMA

ABRANGÊNCIA:

- Municípios: Arvorezinha, Barra do Ribeiro, Esmeralda, Frederico Westphalen, Guaíba, Nova Prata, Palmeira das Missões, São Miguel, Sapiranga, Veranópolis, Braga, Caiçara, Independência, Liberato Salzano, Ronda Alta, Tavares, Ibirapuitã, Jaquirana, Nova Alvorada, Pantano Grande, São Miguel das Missões, Terra de Areia, Tunas, Ametista do Sul e Sério.

BENEFICIÁRIOS:

População dos municípios, sede dos hospitais e dos adjacentes.

DURAÇÃO DO PROJETO:

1995 - 1998

AÇÕES DO PROJETO:

COMPETE AO ESTADO:

- Repasse de recursos, acompanhamento e vistoria das obras

COMPETE AO MUNICÍPIO:

- Execução da obra e gerenciamento

COMPETE A COMUNIDADE:

- Controle social através dos Conselhos de Saúde Estadual e Municipais

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado
- Tesouro do Município

PROJETO: Rede de Referência Regional (RRR)

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAHA

RESUMO DO PROJETO:

Reorganização da rede hospitalar do Estado identificando hospitais de referência regional que, através de um sistema hierarquizado, incluem as especialidades básicas, o atendimento perinatal, materno-infantil, trauma, urgência e emergência.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Servir de embasamento técnico para o Projeto de Centrais Regionais de Leitos do Rio Grande do Sul
- Reduzir os índices de mortalidade hospitalar nas áreas que se propõe e agilizar o atendimento de urgência/emergência
- aumentar a produtividade e a qualidade dos serviços assistenciais oferecidos à população com racionalização das formas de prestação destes serviços e com a implementação do Sistema de Referência

METAS:

- Identificar cerca de 25 hospitais de referência no Estado que por sua natural influência na região, por sua capacitação em área física, equipamentos e funcionalidade, os qualifiquem como hospital de referência
- Prover 100% dos hospitais da RRR de adequação física, tecnológica e gerencial da rede existente e de unidades novas a serem estruturadas pelo SUS

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA, Prefeituras, Hospitais

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Recursos orçamentários do Tesouro do Estado e do Fundo Estadual de Saúde

PROJETO: Implementação de Pronto Socorro Metropolitano

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

RESUMO DO PROJETO:

Implementação de Pronto-Socorro na região metropolitana para o atendimento de urgência/emergência.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Organizar a assistência hospitalar para emergência e trauma na região metropolitana, através da construção de Pronto Socorro junto ao Hospital Getulio Vargas de Sapucaia do Sul
- Diminuir o número de sequelas/mortes pela falta/demora na intervenção local diminuindo o deslocamento de pacientes para Porto Alegre

METAS:

- Construir Pronto Socorro com 40 leitos internação e 10 leitos de UTI
- Ampliar em 60 leitos a capacidade de internação do Hospital Getulio Vargas

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Governo Estadual
- Prefeituras

ABRANGÊNCIA:

19 municípios da Região Metropolitana

BENEFICIÁRIOS:

População da Região: 1.590.249 habitantes

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997- 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado
- Ministério da Saúde - REFORSUS

**PROJETO: Apoio à Readequação da Rede Hospitalar / SSMA
(Ampliação de Hospitais Públicos)**

**COORDENACÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente:
Prefeituras Municipais de Cachoeirinha e Alvorada**

RESUMO DO PROJETO:

Readequação da rede hospitalar pública estadual nos setores de atenção ao parto, puerpério, perinatal, urgência e emergência do Hospital de Alvorada e do Hospital P. Luis Geremias de Cachoeirinha, através da aquisição de equipamentos e materiais permanentes médico hospitalares e da modernização gerencial que possibilitarão o aumento da oferta de leitos e consultas ambulatoriais, reduzindo o número de transferências para Porto Alegre.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Diminuir a referência de pacientes para serviços de maior complexidade através da qualificação dos serviços locais, com aumento da oferta e resolutividade nas áreas de urgência/emergência e materno-infantil.
- Incentivar a descentralização das ações e serviços de saúde (municipalização)
- Modernizar a gerência através da informatização qualificando as informações, agilizando as tarefas e diminuindo os custos administrativos.
- Atender a priorização do Conselho Regional de Desenvolvimento.

METAS:

- Adquirir equipamentos médico-hospitalares para os setores de urgência/emergência, materno-infantil, serviço de apoio (laboratório, RX, administração dos 2 hospitais)
- Diminuir o % de transferências para outros municípios
- Aumentar o nº de partos da população residente no município
- Aumentar a taxa de ocupação do alojamento conjunto
- Reduzir a mortalidade infantil atual

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- Prefeituras Municipais de Cachoeirinha e Alvorada.
- Ministério da Saúde

ABRANGÊNCIA:

População dos municípios de Cachoeirinha e Alvorada.

BENEFICIÁRIOS:

- Cachoeirinha : 93.883 habitantes
- Alvorada : 158.692 habitantes

DURAÇÃO DO PROJETO:

- 1997

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- M.S. - REFORSUS
- Tesouro Estadual

PROJETO: Hospital Psiquiátrico São Pedro

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

Departamento de Coordenação de Hospitais e Hemocentros

RESUMO DO PROJETO:

O projeto visa recuperar a área física do HPSP, adequando-a à nova Legislação Psiquiátrica, garantindo a continuidade do desenvolvimento das ações de saúde através de programa de atenção multidisciplinar e da formação de recursos humanos.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Prestar atendimento hospitalar e ambulatorial a doentes psíquicos
- Propiciar a reciclagem e formação profissional especializada na atenção psiquiátrica, através de oficinas, estágios para graduados e comunidade, cursos de capacitação e atualização, residência médica em psiquiatria e estágio especializado em saúde mental.
- Adequar as instalações do HPSP ao paciente psiquiátrico agudo e asilar, conforme determina a Legislação e através da:
 - Transformação do Ambulatório em Centro Integral de Referência em Atenção à Saúde Mental
 - Transformação da área de moradia em pensões protegidas
 - Criação de internação para adolescentes
 - Criação de Pronto Atendimento 24 horas
 - Criação de Internação parcial: hospital-turno e hospital dia

METAS:

- 1910 internações hospitalares/ano
- 32990 atendimentos ambulatoriais/ano
- 1832 alunos/ano
- 35200 exames laboratoriais/ano
- 700 exames radiológicos/ano
- 1840 atendimentos odontológicos/ano
- reabilitação profissional de 300 pacientes/ano
- recuperar 16400 m² da área física: farmácia e laboratório, nutrição, lavanderia, manutenção, ambulatório Melanie Klein, Instituto Dom Bosco, Unidade Bleuler, Unidade São José / Felipe Pinel, Ana Neri / Missões, Margareth Mahler, prédio central e área frontal
- criar 10 leitos para adolescentes

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

SSMA

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 20000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Tesouro do Estado

PROJETO: Hospital Colônia Itapuã

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

Departamento de Coordenação de Hospitais e Hemocentros

RESUMO DO PROJETO:

Garantir o atendimento com equipe multi-profissional a pacientes psicóticos asilares com limitada capacidade de recuperação e promover o tratamento de pacientes hansenianos asilares sem condições de reintegração à comunidade extra-hospitalar. Visa também prestar atendimento ambulatorial à comunidade residente na área próxima ao HCI.

O HCI mantém produção horti-granjeira (leite, mel, hortaliças, abate de bovinos e suínos, corte de lenha e produção de composto orgânico).

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Prestar atenção hospitalar a pessoas com hanseníase e psicose crônica (asilar) e à comunidade de moradores da Colônia Itapuã.
- Integrar os pacientes a atividades produtivas de caráter rural, com fins terapêuticos.
- Buscar a autosuficiência de alimentos do HCI quanto aos produtos de suas atividades rurais.

METAS:

- 7800 consultas médicas/ano.
- 16800 atendimentos básicos/ano.
- 6000 exames laboratoriais/ano.
- 2000 atendimentos laboratoriais/ano.
- Auto-suficiência em alimentos.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

SSMA

ABRANGÊNCIA:

Referência para todo o Estado.
Município de Viamão - Colônia Itapuã.

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população referenciada.

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Tesouro do Estado

PROJETO: Hospital Alexandre Lisboa

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

**Departamento de Coordenação de Hospitais e Hemocentros
10º DRS - Alegrete**

RESUMO DO PROJETO:

Garantir a manutenção do Hospital Alexandre Lisboa como hospital de referência regional para a fronteira oeste do Estado, para o tratamento de pacientes portadores de Tuberculose (TBC), evitando deslocamentos desnecessários.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Promover assistência médico-ambulatorial a pacientes portadores de TBC na fronteira oeste do Estado.
- Fortalecer pólo regional de referência.

METAS:

- 110 internações hospitalares/ano.
- 1000 atendimentos ambulatoriais/ano.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

SSMA

ABRANGÊNCIA:

Fronteira oeste do Estado

BENEFICIÁRIOS:

População da Fronteira Oeste

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Tesouro do Estado

PROJETO: Conclusão do Hospital Geral do Trabalhador - Caxias do Sul

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

RESUMO DO PROJETO:

Equipar e aparelhar hospital geral de 250 leitos e 14 consultórios (12877,99m²) através da transferência de recursos financeiros para Fundação de direito privado, com fins filantrópicos, no município de Caxias do Sul.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Suprir a falta de leitos hospitalares e consultas ambulatoriais na região Nordeste do Estado.
- Atender prioridade do Conselho Regional de Desenvolvimento

METAS:

- 250 leitos - 12.000 internações/ano
- 14 consultórios - 140.000 consultas ambulatoriais/ano.
- equipar o Hospital (12877,99m²).

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- Universidade de Caxias do Sul

ABRANGÊNCIA:

Região Nordeste do Estado (34 municípios)

BENEFICIÁRIOS:

700.000 habitantes.

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- SSMA.
- Ministério da Saúde - REFORSUS

PROJETO: Instituto de Cardiologia

COORDENAÇÃO: Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia

RESUMO DO PROJETO:

O projeto visa atender à demanda reprimida de pacientes com cardiopatia congênita, de Porto Alegre, interior do Estado e Santa Catarina, através da aquisição de equipamentos para a UTI - pediátrica do IC - FUC. A prevalência de cardiopatias congênitas é de 0,8 a 15 dos nascidos-vivos, dos quais metade necessita cuidados intensivos e/ou cirurgia corretiva no período neonatal.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Ampliar quantitativamente e qualificar o atendimento a pacientes portadores de cardiopatias congênitas (diagnóstico e terapêutica), diminuindo os exames invasivos.
- Aumentar a rotatividade dos pacientes internados portadores de cardiopatias congênitas.
- Equipar a UTI pediátrica.

METAS:

- Adquirir equipamentos médico-hospitalares para a UTI - pediátrica
- Diminuir tempo médio de internação de 10 para 6 dias.
- Atender 600 pacientes / ano no período neonatal

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

IC - FUC

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado.

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado.

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

REFORSUS

PROJETO: Parceria Comunitária - Mãos Dadas

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente - DAHA

RESUMO DO PROJETO:

Articular as entidades assistenciais prestadoras de serviços cadastrados na STCAS, os hospitais públicos municipais, mantidos pelos municípios e os sem fins lucrativos, para participar na campanha "Paguei Quero Nota", através da distribuição de prêmios e recursos financeiros, conforme Decreto 36214/95.

Integra a campanha de aumento da arrecadação de imposto no Estado.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Apoiar a atuação de entidades de assistência social, escolas e hospitais através da distribuição de prêmios e auxílios.
- Repassar recursos financeiros aos hospitais públicos municipais e os sem fins lucrativos cadastrados no SUS, com exceção dos próprios da SSMA.

METAS:

- 400 hospitais beneficiados/ano

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Governo Estadual
- Prefeituras
- Hospitais filantrópicos e públicos
- Entidades Assistenciais

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

- 400 hospitais/ano

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997/2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado

PROJETO: Concessão de Auxílios Com a Renda de Loterias (Pró-Hospitais)

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente - DAHA

RESUMO DO PROJETO:

Aplicação da Lei 6953/75 e do Decreto 36.335/95, transferindo ao Estado o resultado líquido da exploração de serviços lotéricos, para ser aplicado na concessão de auxílios a hospitais filantrópicos e públicos municipais (Raspadinha Gaúcha). O rateio é feito pelo nº de leitos que a instituição tem para o SUS, exceto para o Instituto do Câncer, que ganha pela divisão do montante pelo nº de participantes. Também são concedidos auxílios especiais a instituições diversas.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Transferir recursos financeiros para subvenção social às Santas Casas de Misericórdia, hospitais beneficentes, hospitais públicos municipais e Instituto do Câncer Infantil.

METAS:

- Santas Casas de Misericórdia = 14 hospitais/ano
- Hospitais beneficentes e hospitais públicos municipais = 25 hospitais/ano

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- CEE

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

39 Hospitais

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997/2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Loterias

PROJETO: Construção, Conclusão e Equipamento dos Hemocentros Regionais

COORDENACÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: HEMORGS

RESUMO DO PROJETO:

Implementar o Programa Estadual de Sangue e Hemoderivados através da construção, conclusão, equipamento e operacionalização de Hemocentros Regionais e Núcleos de Hemoterapia (descentralização da hemorrede para pólos regionais).

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Garantir a toda a população sangue de boa qualidade através da redução dos índices de doenças transmitidas através de transfusões sanguíneas e da diminuição da comercialização do sangue.

METAS:

- Concluir e equipar Hemocentro de Pelotas/1997;
- Concluir e equipar Hemocentro de Santa Rosa/1997;
- Equipar Hemocentro de Caxias do Sul/1997;
- Construir e equipar Hemocentro de Santa Maria/1998;
- Construção da Clínica Hematológica, em Porto Alegre (700 m²)/1997/1998;
- Realizar exames sorológicos para controle do sangue (10.500 testes/mês);
- Ampliação do número de doadores de sangue (38.000/ano);
- Produção de crioprecipitado liofilizado (14.400 frascos/mês).

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Governo Federal e Prefeituras

ABRANGÊNCIA:

- Caxias do Sul, Pelotas, Santa Rosa, Santa Maria, Porto Alegre

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

início: 1996
término: 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Tesouro do Estado
Ministério da Saúde

AÇÕES DO PROJETO:

COMPETE AO ESTADO:

- O repasse de recurso, acompanhamento e vistoria das obras

COMPETE AO MUNICÍPIO:

-Execução da obra e gerenciamento

PROJETO: Controle da Qualidade da Produção e da Informação na Hemorrede Pública.

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: FEPPS

RESUMO DO PROJETO:

O projeto visa complementar e atualizar os equipamentos destinados ao controle da qualidade dos produtos finais do HEMORGS, implantando o sistema de garantia de qualidade. Visa também, dotar o HEMORGS de sistema compartilhado de controle e segurança de dados, capaz de fornecer informações operacionais e gerenciais interligando os sistemas com os hemocentros regionais, este projeto está integrado ao projeto de descentralização da hemorrede estadual (construção, equipamento e operacionalização de hemocentros regionais).

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Incrementar nível de satisfação dos usuários (doadores e instituições conveniadas pela ampliação da capacidade e melhoria da qualidade dos serviços prestados.
- Acompanhar e avaliar a quantidade dos produtos processados pela hemorrede pública do Estado, coordenada pelo HEMORGS.
- Garantir a qualidade dos produtos finais do Hemocentro Central do RGS (HEMORGS), através da padronização de procedimentos.
- Garantir a qualidade das informações operacionais e gerenciais na hemorrede pública.

METAS:

- Adquirir equipamentos:
01 contador automático de células,
01 registrador automático de temperatura,
01 fototacômetro digital
equipamentos de informática (servidor (1) e estação de rede (12))

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

SSMA
FEPPS
Ministério da Saúde

ABRANGÊNCIA:

HEMORGS: 87 municípios

BENEFICIÁRIOS:

3.798.611 pessoas/mês.

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Ministério da Saúde, Reforsus

BENEFICIÁRIOS:

3.798.611 pessoas/mês.

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

Ministério da Saúde, Reforsus

PROJETO: Conclusão do LACEN - RS

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: FEPPS

RESUMO DO PROJETO:

Conclusão das obras e equipamentos do Laboratório Central do Estado do Rio Grande do Sul, dotando-o de condições adequadas para execução de análises de controle de qualidade de produtos, respondendo aos programas da rede de controle de qualidade em saúde do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, e aos demais programas estaduais de promoção e proteção à saúde.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Concluir obras do prédio do LACEN - RS
- Adquirir e instalar equipamentos ampliando a capacidade instalada quantitativamente
- Ampliar a oferta de serviços já realizados e implantar novas metodologias, para aumentar a cobertura de serviços nas áreas de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, atendendo ao aumento da demanda em função da municipalização da saúde.
- Servir como laboratório de referência estadual da área fiscal de medicamentos e produtos correlatos
- Promover a modernização gerencial através do desenvolvimento da informática e da capacitação de recursos humanos
- Superar defasagem tecnológica do setor público, em relação ao setor industrial, dotando o LACEN de aporte técnico adequado a sua área de atuação.

METAS:

- Concluir 2.400 m² de área
- Implantar laboratórios de:
 - cultivo celular em virologia
 - análises físico-químicas da água
 - contaminantes inorgânicos, resíduos organoclorados e fosforados em água e alimentos
 - controle fiscal de medicamentos
- Implantar técnicas para:
 - tipificação de M. Tuberculosis por métodos moleculares
 - diagnóstico da meningite por métodos moleculares
 - determinação de carga viral em pacientes com AIDS
 - diagnóstico de Leptospirose por Elisa
 - diagnóstico de Toxoplasmose por biologia molecular
- Reimplantar técnicas para quantificação de microtoxinas, aflatoxinas e tricoantenos
- Atender a demanda de:
 - diagnósticos micológicos, virais, bacteriológicos, parasitológicos e análises hemato-bioquímicas
 - de empresas contratantes para monitoramento de saúde do trabalhador

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- FEPPS

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado
- FEPPS
- Ministério da Saúde - REFORSUS
- SIA/SUS

<u>PROJETO: Rede de Laboratórios Regionais</u>
<u>COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: FEPPS</u>
<u>RESUMO DO PROJETO:</u> Recuperação dos Laboratórios Regionais para apoio à Vigilância Sanitária, Epidemiologia e aos Programas de Saúde.
<u>OBJETIVOS DO PROJETO:</u> - Reformar a área física e/ou contratar recursos humanos para atender ao plano de produtividade da rede regional de laboratórios.
<u>METAS:</u> - Estabelecer Convênio/Parceria com os municípios sede: - 1997 - 3ª DRS (Pelotas), 4ª DRS (Santa Maria), 5ª DRS (Caxias), 9ª DRS (Cruz Alta), 11ª DRS (Erechim) e 17ª DRS (Ijuí) - 1998 - Passo Fundo (6ª DRS), Bagé (7ª DRS), Cachoeira do Sul (8ª DRS), Alegrete (10ª DRS), Santa Rosa (14ª DRS) - 1999 - Santo Angelo (12ª DRS), Santa Cruz (13ª DRS), Palmeira das Missões (15ª DRS), Lageado (16ª DRS), Osório (18ª DRS) - Restaurar a capacidade operacional mínima de 22.000 análises/mês
<u>INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:</u> - SSMA - FEPPS - Prefeituras
<u>ABRANGÊNCIA:</u> Sede das Delegacias Regionais de Saúde
<u>BENEFICIÁRIOS:</u> Toda a população do Estado
<u>DURAÇÃO DO PROJETO:</u> 1997 - 2000
<u>DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:</u> - Governo do Estado - Prefeituras

PROJETO: Sistema de Informação em Saúde

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: ASSTEPLAN

RESUMO DO PROJETO:

Aperfeiçoamento do Sistema de Informação em Saúde, estabelecendo Redes de Informações Operacionais com vistas à produção de indicadores de saúde para subsidiar o planejamento, programação, execução e avaliação das ações e serviços de saúde no Estado, qualificando o processo decisório e a participação social.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Desenvolver Rede de Informações a nível estadual, a partir de elenco de indicadores mínimos que subsidie a tomada de decisões na instituição e o controle social do SUS.
- Descentralizar para as DRS e municípios o Sistema de Informações subsidiando e assessorando as ações das Secretarias e Conselhos Municipais de Saúde.
- Manter publicações atualizadas de estatísticas e indicadores de saúde.

METAS:

- Implementar rede local na SSMA
- Desenvolver sub-sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares
- Desenvolver sub-sistemas de informações de morbi-mortalidade
- Desenvolver sub-sistemas de informações de ambientes de trabalho e de vigilância sanitária
- Desenvolver sub-sistemas de informações gerenciais em saúde
- Desenvolver sub-sistemas de informações sócio-econômicas
- Descentralizar o SIM para mais 387 municípios até o ano 2.000
- Descentralizar o SINASC para mais 440 municípios até o ano 2.000
- Manter publicação anual do Estatísticas de Saúde
- Manter publicação anual do Estatísticas de Nascimento
- Manter publicação trimestral de Boletim Epidemiológico

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA
- Ministério da Saúde

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2.000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro Estadual
- Ministério da Saúde

PROJETO: Sistema de Informações Ambulatoriais (Morbidade)

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAS

RESUMO DO PROJETO:

Estudo amostral das informações sobre os atendimentos realizados, registrados na Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), para o planejamento das ações e serviços com base nas reais necessidades da população.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Definir o perfil da demanda ambulatorial quanto a características da clientela, e da morbidade prevalente.

METAS:

- Informatizar, até dezembro/1997, as FAA relativas a consultas em 40 unidades públicas e privadas de 35 municípios

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA

ABRANGÊNCIA:

- 1997 - 35 municípios
- 1998 - todo Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda população

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado.

PROJETO: Estruturação do Sistema Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAS, DAHA, DA, Auditoria Médica, ASSTEPLAN e Coordenadoria das Regionais

RESUMO DO PROJETO:

As atividades de controle, avaliação e auditoria no SUS são de competência do Sistema Nacional de Auditoria, que deve estar estruturado nos três níveis de governo. A presente proposta visa estruturar o componente estadual do SNA

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Estruturar o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;
- definir estratégias e mecanismos de apoio para a estruturação dos componentes municipais do Sistema Nacional de Auditoria

METAS:

- Encaminhamento do decreto que regulamenta o Sistema Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria para a Assembléia Legislativa
- Criação dos órgãos componentes do SECAA

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA

ABRANGÊNCIA:

Estadual

BENEFICIÁRIOS:

Serviços de saúde do SUS e toda a população do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado

PROJETO: Produção e Distribuição de Medicamentos Básicos

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: FEPPS

RESUMO DO PROJETO:

- A produção e distribuição de medicamentos básicos é assegurada através de Contrato de Gestão estabelecido entre o Governo do Estado e a FEPPS com validade até dezembro de 1998, que estabelece os objetivos, metas, indicadores econômico-financeiros de produtividade e de qualidade dos serviços, e os prazos a serem cumpridos pela Instituição.

- A participação das Prefeituras se dará conforme critérios definidos no Pró-Remédio.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Contribuir para o atendimento da demanda de medicamentos da rede pública através da modernização tecnológica institucional que possibilite a expansão da planta produtiva da FEPPS.

METAS:

- Compra de equipamentos conforme definido no Contrato de Gestão

- Produzir 141 milhões de unidades de medicamentos em 1997

- Produzir 183 milhões de unidades de medicamentos em 1998

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Governo do Estado

- Prefeituras

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

Toda a população do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1996 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado

- Tesouro dos Municípios

- Recursos próprios da FEPPS

PROJETO: Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: Escola de Saúde Pública

RESUMO DO PROJETO:

Proceder estudo diagnóstico da situação dos recursos humanos na SSMA, visando dar melhores condições de atuação, de tomada de decisões e de produtividade

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Conhecer a real situação dos recursos humanos da SSMA
- Contribuir para a redistribuição dos recursos humanos na SSMA
- Proceder o levantamento das necessidades de capacitação e adequação dos servidores
- Sugerir ações à política de recursos humanos da SSMA e do governo estadual
- Contribuir para a satisfação profissional do servidor e qualidade do serviço
- Diminuir as distorções existentes entre distribuição, vínculo, capacitação e adequação dos servidores nos setores da SSMA

METAS:

- Concluir diagnóstico da situação dos recursos humanos em 1997

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA - Escola de Saúde Pública
 - Assessoria Técnica e de Planejamento
 - Divisão de Recursos Humanos do Departamento Administrativo

ABRANGÊNCIA:

Estadual

BENEFICIÁRIOS:

Servidores da SSMA e usuários do SUS

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro do Estado

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro Estadual, Fontes de financiamento de pesquisa estadual e nacionais

PROJETO: Reestruturação do Centro de Saúde Murialdo

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: DAS/Divisão de Programas e Projetos Especiais

RESUMO DO PROJETO:

O projeto visa transformar o Centro de Saúde Murialdo em um centro de excelência para referência estadual na formação e educação continuada de recursos humanos em Saúde Comunitária, com perfil profissional em consonância com as diretrizes do SUS, utilizando como enfoque ações programáticas, dentro da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF).

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Prestar assistência qualificada à população, em promoção e proteção à saúde, no diagnóstico e tratamento precoces;
- Manter o sistema de residência em medicina geral comunitária
- Estabelecer um sistema de capacitação e de educação continuada, para os profissionais da rede pública, com vistas ao PSF;
- Reiniciar cursos de especialização em saúde comunitária para as áreas de enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social e odontologia;
- Organizar estágios para estudantes e profissionais de vários níveis e áreas de atuação;
- Realizar pesquisa operacional.

METAS:

- Implementação do Centro de Referência Estadual de formação e educação continuada de recursos humanos em Saúde Comunitária em 1997.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA

ABRANGÊNCIA:

População adstrita geograficamente às sete unidades que compõem o Centro de Saúde Murialdo

BENEFICIÁRIOS:

Aproximadamente, 70.000 pessoas.

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997/2000

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

SSMA

PROJETO: Coordenação da Pesquisa em Saúde e Meio Ambiente na SSMA

COORDENAÇÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente: Escola de Saúde Pública

RESUMO DO PROJETO:

Implantar um sistema de acompanhamento e desenvolvimento da pesquisa na SSMA

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Conhecer a realidade da pesquisa na SSMA
- Definir as linhas de pesquisa da SSMA
- Promover a integração dos pesquisadores bem como o estímulo à pesquisa entre os servidores da SSMA
- Promover o intercâmbio com instituições de pesquisa em saúde e meio ambiente
- Identificar e encaminhar para solução as dificuldades de apoio à pesquisa na SSMA

METAS:

- Cadastrar os projetos e os pesquisadores da SSMA em 1997
- Aumentar em 20% ao ano o número de projetos de pesquisa na SSMA, a partir do número identificado no cadastramento
- Implementar a rede de bibliotecas da SSMA
- Publicar anualmente os trabalhos de pesquisa da SSMA
- Criar comissão intersetorial responsável pela pesquisa na SSMA em 1997

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- SSMA

ABRANGÊNCIA:

Estadual

BENEFICIÁRIOS:

Servidores da SSMA e usuários do SUS

DURAÇÃO DO PROJETO:

1997 - 2000

PROJETO: Programa de Qualidade na Administração Pública

COORDENACÃO: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente

RESUMO DO PROJETO:

Promover a disseminação do uso de ferramentas e conceito de qualidade total na SSMA, visando a realização de seus objetivos e metas.

OBJETIVOS DO PROJETO:

- Disseminar o uso de ferramentas e conceito de qualidade total na SSMA
- Utilizar os objetivos e metas da qualidade total no âmbito da SSMA

METAS:

	1997	1998
- Adesão ao Programa	6 unidades	-
- Programa de Capacitação	1000 servidores	1.000 servidores
- Estruturação Sub-comitês	6 unidades	-
- Processo de Avaliação	19 unidades 18 delegacias	19 Unidades 18 Delegacias
- Programas Participativos	7 unidades 9 delegacias	12 Unidades 09 Delegacias

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Prefeituras
- Governo Estadual (SSMA)
- Comunidade

ABRANGÊNCIA:

Todo o Estado

BENEFICIÁRIOS:

- Usuários
- Servidores
- Governo do Estado

DURAÇÃO DO PROJETO:

1995 - 1998

DESCRIÇÃO DA FONTE DE RECURSOS:

- Tesouro Estadual

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I

AÇÕES PROGRAMÁTICAS EM SAÚDE DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS

NORMAS TÉCNICAS E OPERACIONAIS

As doenças/agravos prioritários, identificados nas diversas áreas, os objetivos, a população alvo e as principais atividades específicas a serem desenvolvidas em cada caso, de acordo com as Normas Técnicas e Operacionais da SSMA-RS, estão relacionadas a seguir:

01 - DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS AGUDAS

PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DA POLIOMIELITE

A poliomielite ou paralisia infantil é uma doença infecciosa aguda causada pelo poliovírus pertencente ao gênero Enterovírus da família Picornaviridae e apresentam três sorotipos: I, II, III. Todas as pessoas não imunizadas são suscetíveis ao vírus, que pode determinar desde uma infecção inaparente, não paralítica, em mais de 90% dos casos, até mesmo um quadro grave de paralisia, que pode provocar a morte. O risco de desenvolver as formas paralíticas da doença é tanto maior quanto maior for a idade em que a pessoa adquire a infecção.

O homem é o único reservatório e a transmissão ocorre por contato direto de pessoa a pessoa. A boca é a porta de entrada, fazendo-se a transmissão pelas vias fecal-oral ou oral-oral, esta última através de gotículas de muco da orofaringe, ao falar, tossir ou espirrar. As más condições habitacionais, a higiene pessoal deficiente e o elevado número de crianças numa mesma habitação favorecem a transmissão do poliovírus.

O período de incubação é, geralmente, de 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias. O período de transmissibilidade pode iniciar antes do surgimento das manifestações clínicas.

A infecção natural e a vacinação conferem imunidade duradoura ao tipo específico de poliovírus responsável pelo estímulo. Embora não desenvolvendo a doença, as pessoas imunes podem reinfetar-se e eliminar o vírus.

Com relação a morbidade, no Brasil a poliomielite apresentou uma elevada incidência de casos (média de 2300 casos/ano) até 1980, devido as baixas coberturas vacinais então verificadas. A partir desse ano, através do incremento da vacinação, com a realização dos dias nacionais de vacinação, e com a implementação das ações de controle, houve uma redução progressiva no número de casos, de modo que o último isolamento de poliovírus selvagem ocorreu em março de 1989, na Paraíba.

Na Região das Américas, o poliovírus foi identificado pela última vez em 1991. Isso permitiu que, em 29 de setembro de 1994, a Comissão Internacional de Certificação da Erradicação da Transmissão Autóctone do Poliovírus Selvagem, considerasse interrompida a transmissão do poliovírus nas Américas.

Porém, apesar da poliomielite ter sido erradicada do continente americano, há necessidade de que as ações de imunização e vigilância epidemiológica sejam mantidas em níveis elevados até que ocorra a interrupção da transmissão do poliovírus selvagem no restante do mundo.

Não há casos confirmados com isolamento de poliovírus selvagem no RS desde 1983.

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Manter a poliomielite erradicada no Rio Grande do Sul e no Brasil.

B - Específicos:

- 1 - Evitar a reintrodução do poliovírus selvagem;
- 2 - Manter um sistema de notificação e de investigação epidemiológica de todos os casos suspeitos.

II - POPULAÇÃO ALVO

- 1 - Com vistas à vacinação, crianças com menos de 5 anos de idade;
- 2 - Para investigação epidemiológica, todos os pacientes com paralisias agudas e flácidas com menos de 15 anos de idade, independente da hipótese diagnóstica, e os de qualquer idade em que a hipótese diagnóstica é de poliomielite.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Vacinar crianças, de acordo com o Calendário Básico da SSMA;
- 2- Vacinar a população de 0 a 4 anos com vacina Sabin, nos Dias Nacionais de Vacinação;
- 3 - Investigar casos de paralisias agudas e flácidas em crianças com menos de 15 anos.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Manter incidência zero de casos de poliomielite.

PROGRAMA DE CONTROLE DO TÉTANO

O tétano é uma doença infecciosa aguda **não** contagiosa, causada pelo bacilo Gram-positivo, anaeróbico, esporulado, *Clostridium tetani* produtor de duas toxinas: a tetanolisina e a tetanospasmina, sendo esta última a responsável pelo quadro de contrações musculares.

O bacilo do tétano se encontra no trato intestinal dos animais, especialmente do cavalo e também no do homem, sem causar doença. No meio ambiente, estão presentes sob a forma de esporos em solos contaminados por fezes (fertilizados), na poeira das ruas, na própria pele, etc.

A doença é conhecida na forma de tétano acidental e tétano neonatal, com as respectivas peculiaridades.

A transmissão na forma acidental, ocorre pela introdução dos esporos em uma solução de continuidade (ferimento, geralmente do tipo perfurante) e, na forma neonatal, pela contaminação do coto umbilical decorrente da utilização de instrumentos sujos na sua secção e/ou de substâncias impróprias para cobri-lo, como teia de aranha, pó de café, fumo, esterco, etc.

O período de incubação é geralmente de 10 dias, variando de 2 a 28 dias. Quanto menor esse tempo maior é a gravidade da doença.

O tétano, apesar da incidência mundial, é mais comum em países do terceiro mundo, com baixa cobertura vacinal, ocorrendo indistintamente em área urbana e rural. No caso especial do tétano neonatal, a incidência é maior em países onde a assistência à gestante, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido é inadequada. Este se constitui num grave problema de saúde pública, sendo que em muitos países das Américas é responsável pela metade de todas as mortes neonatais e por 25% da mortalidade infantil.

Com o propósito de eliminação do tétano neonatal, a Organização Panamericana de Saúde estabeleceu a estratégia de vacinar 100% das mulheres em idade fértil de áreas consideradas de risco, o que foi adotado pelo Brasil a partir de 1989.

O Rio Grande do Sul, em 1991, com base na análise da situação epidemiológica do tétano no Estado, adequou a proposta da OPAS, com vistas a eliminação do tétano neonatal e a redução do tétano acidental.

Com a estratégia desenvolvida conseguiu-se uma redução importante do número de casos de tétano neonatal, de modo que no ano de 1995 foram notificados apenas 3 casos. No entanto, a letalidade nesse ano foi de 100%. Este dado assumiu grande relevância ao se constatar que 2 desses 3 óbitos ocorreram por falta de acesso aos serviços de saúde.

Em 1995 foram notificados 101 casos de tétano acidental no RS e a letalidade foi de 35,6%.

Para que essa situação seja revertida, principalmente dentro da perspectiva de eliminação do tétano neonatal, é necessário intensificar a vacinação da população suscetível seguido de uma adequada vigilância epidemiológica da doença.

I - OBJETIVOS

A - Gerais:

- 1 - Eliminar o tétano neonatal no Rio Grande do Sul até o ano 2000;
- 2 - Reduzir a incidência e a mortalidade por tétano acidental.

B - Específicos:

- 1- Dotar os recém-nascidos de resistência contra o *Clostridium tetani* através da imunização da mãe;
- 2 - Imunizar a população suscetível contra o tétano acidental;
- 3 - Manter um sistema de notificação e de investigação epidemiológica de todos os casos suspeitos.

II - POPULAÇÃO ALVO

Em princípio, toda a população, priorizando:

- 1 - gestantes;
- 2 - mulheres em idade fértil, em áreas com ocorrência de casos de tétano neonatal nos últimos 3 anos;
- 3 - crianças de 0 a 4 anos;
- 4- grupos de risco para o tétano acidental (agricultores, operários da construção civil, índios, assentados, outros).

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1- Vacinar as gestantes e mulheres em idade fértil;
- 2- Vacinar as crianças de acordo com o Calendário Básico da SSMA;
- 3- Revacinar a cada 10 anos a população geral, com ênfase nos grupos de risco para o tétano acidental, de acordo com o Calendário Básico da SSMA;
- 4- Diagnosticar e tratar precocemente os casos de tétano.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Reduzir para menos de 100 os casos de tétano acidental;
- Reduzir a letalidade do tétano acidental no RS a 30%;
- Eliminar o tétano neonatal no RS até o ano 2000.

PROGRAMA DE CONTROLE DA DIFTERIA

A difteria é uma doença transmissível aguda causada pelo bacilo Gram-positivo *Corynebacterium diphtheriae*, produtor da toxina diftérica.

O bacilo se aloja mais frequentemente nas amígdalas, na faringe, na laringe, no nariz e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. O reservatório é o doente ou o portador, sendo este último mais importante, por ser assintomático e poder disseminar o bacilo por seis ou mais meses. A

transmissão do bacilo pode ser direta, por contágio com secreções de rinofaringe, ou indireta, através de objetos recentemente contaminados. O período de incubação em geral varia de 1 a 6 dias e o período de transmissibilidade, em média, de até duas semanas após o início da doença.

A difteria, também conhecida como crupe, ocorre durante o ano todo, porém apresenta uma concentração maior de casos nos meses frios (outono e inverno).

No Rio Grande do Sul, a difteria é uma doença endêmica mantida sob vigilância a partir da década de 1970. O seu comportamento ao longo dos anos apresentou uma diminuição do número de casos (em 1970 ocorreram 1064 e em 1994, somente 27, este último representando um coeficiente de incidência de 0,28/100.000 habitantes), uma redução na letalidade (hoje em torno de 5%) e o deslocamento do número de casos para faixas etárias mais altas, em pessoas não vacinadas. A progressiva diminuição da incidência da doença é, certamente, uma decorrência do uso da vacina DPT (tríplice bacteriana). A baixa letalidade, semelhante à descrita na literatura internacional, pode refletir uma adequada assistência médica, com diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Para que essa situação favorável seja mantida no Estado, é necessário, fundamentalmente, que a cobertura vacinal da população suscetível fique em torno de 85%, seguido da adequada vigilância epidemiológica da doença.

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a incidência da difteria.

B - Específicos:

- 1 - Imunizar a população suscetível contra a difteria;
- 2 - Manter um sistema de notificação e de investigação epidemiológica de todos os casos suspeitos;
- 3 - Estabelecer medidas de controle, em relação ao doente e seus comunicantes, nos casos notificados.

II - POPULAÇÃO ALVO

Crianças com menos de 10 anos e comunicantes de casos notificados.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Vacinar crianças, de acordo com o Calendário Básico da SSMA;
- 2 - Revacinar crianças aos 10 anos, de acordo com o Calendário Básico da SSMA;
- 3 - Investigar casos notificados de difteria;
- 4 - Diagnosticar e tratar precocemente os casos de difteria;
- 5 - Examinar comunicantes de casos notificados e coletar material para pesquisa de portadores do bacilo diftérico;
- 6 - Realizar vacinação de bloqueio nos comunicantes.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Reduzir a incidência de difteria para menos de 15 casos por ano, até 1998.

PROGRAMA DE CONTROLE DO SARAMPO

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, transmissível e extremamente contagiosa, causada pelo vírus do sarampo do gênero Morbillivírus, família Paramyxoviridae. Tem um comportamento sazonal, com aumento da incidência durante o inverno e início da primavera.

O vírus é transmitido diretamente de pessoa à pessoa, através de secreções nasofaríngeas, expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar, sendo o homem o seu único reservatório conhecido. Tem sido descrito, também, o contágio indireto por dispersão aérea de gotículas com

partículas virais, em ambientes fechados como escolas, creches, clínicas, etc. O período de incubação é de geralmente 10 dias (variando de 7 a 18 dias) e o de transmissibilidade de 4 a 6 dias antes do aparecimento do exantema e até 4 dias após.

A doença é comum na infância, afetando ambos os sexos. Acomete as faixas etárias mais jovens, sobretudo as crianças com menos de 5 anos, com ocorrência de complicações ou mortes nesse grupo. Nos locais com elevadas coberturas vacinais dessa população mais jovem, pode ser observado o deslocamento do número de casos para as faixas etárias de mais idade (adolescentes e adultos jovens).

É uma importante causa de morbidade no mundo, bem como de mortalidade nos países do terceiro mundo devido as freqüentes complicações. No Brasil, em 1991 o coeficiente de incidência foi de 29,1/100.000 habitantes. Porém, com a implantação do Programa de Controle/Eliminação do Sarampo em 1992, ocorreu significativa redução do número de notificações, passando esse coeficiente para 5,3/100.000 habitantes nesse ano e para 3,46 em 1993.

No Rio Grande do Sul, o sarampo sempre se apresentou em epidemias periódicas com duração aproximada de 2 anos, sendo as duas últimas nos anos de 1986-87 e 1990-91. Em 1992, dentro da prioridade Nacional de Controle do Sarampo, o Estado vacinou 105,7% da população de 9 meses a 14 anos, o que resultou em imediata redução do número de casos. A partir de então, tem-se como meta manter coberturas vacinais acima de 95% em crianças com menos de 1 ano de idade, em todos os municípios do Estado, e atividades de vigilância epidemiológica da doença.

Atualmente o sarampo apresenta-se sob controle, tendo sido notificado 607 casos em 1995, com um coeficiente de incidência de 6,41/ 100.000 habitantes. Desses casos, foram investigados 72%, não se tendo confirmado a doença em nenhum.

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Eliminar o sarampo no Rio Grande do Sul até o ano 2000.

B - Específicos:

- 1 - Realizar a imunização básica com a vacina anti-sarampo, conforme o Calendário de Vacinação da SSMA;
- 2- Manter um sistema de notificação e de investigação epidemiológica de todos os casos suspeitos;
- 3 - Adotar as medidas de controle em relação ao doente e seus comunicantes, se a doença for confirmada.

II - POPULAÇÃO ALVO

O grupo etário de 9 meses a 14 anos, com ênfase nas crianças com menos de 5 anos.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Vacinar crianças, de acordo com o Calendário Básico da SSMA;
- 2 - Investigar casos suspeitos notificados de sarampo;
- 3 - Diagnosticar e tratar os casos de sarampo;
- 4 - Realizar vacinação de bloqueio de acordo com norma padronizada.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA:

- Manter a incidência de sarampo abaixo de 6 casos/ano.

PROGRAMA DE CONTROLE DAS MENINGITES

Meningite significa, de forma genérica, inflamação das leptomeninges, que recobrem o cérebro e a medula espinhal, de causa infecciosa ou não.

As meningites infecciosas podem ser devidas a vários agentes etiológicos (vírus, fungos, protozoários, helmintos e bactérias), algumas se constituindo em problemas relevantes de saúde pública, seja pelo seu potencial epidêmico, pela alta letalidade e presença de seqüelas, ou pela surgimento de novas medidas de controle. Caracterizam-se de modo geral, por febre, cefaléia intensa, vômitos, sinais de irritação meníngea e alteração do líquido céfalo-raquidiano.

Têm importância especial em saúde pública as meningites meningocócica, tuberculosa, por *Haemofilus influenzae*, por *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) e, mais recentemente, as devidas ao *Cryptococos neoformans* (associadas a síndrome de imunodeficiência adquirida).

Todos os casos suspeitos de meningite, de qualquer tipo, são de notificação compulsória e de investigação obrigatória pelo sistema de vigilância epidemiológica, para a definição do diagnóstico etiológico, com base nas suas características clínicas, laboratoriais e epidemiológicas, possibilitando a adoção de medidas adequadas a cada situação.

A vigilância das meningites tem como foco principal o acompanhamento do comportamento da doença meningocócica, cujo o agente etiológico é um diplococo gram negativo intracelular denominado *Neisseria meningitidis* (meningococo).

O meningococo, encapsulado, possui uma membrana externa típica. Com base nas diferenças estruturais de sua cápsula e membrana externa, o meningococo se classifica em treze sorogrupos (A, B, C, D, X, Z, E₂₉, W₁₃₅, H, I, K, Y e L) e vários sorotipos e subtipos. Os sorogrupos A, B e C são responsáveis pela maior parte dos casos de doença meningocócica.

O homem doente ou portador, é o único reservatório dessa bactéria, que se transmite de pessoa a pessoa, através das secreções nasofaríngeas. A transmissão indireta tem pouco significado, pois o meningococo é extremamente sensível a variações de temperatura e à dessecação. Para que a transmissão ocorra é fundamental o contato íntimo com o doente ou o portador, durante o período de transmissibilidade enquanto houver meningococos viáveis na nasofaringe, até vários meses (10 meses) nos portadores assintomáticos.

O período de incubação é curto, variando de 2 a 10 dias, geralmente de 3 a 4 dias.

A doença meningocócica é de distribuição universal, embora existam áreas de maior incidência onde as condições de vida da população são precárias, como no "Cinturão Africano da Meningite". Há trabalhos mostrando correspondência direta entre a incidência da doença e o número de habitantes por domicílio e indireta entre a incidência e a renda mensal média na área.

A doença tem uma ocorrência cíclica, gerando epidemias com períodos de 8 a 20 anos de intervalo. As epidemias em geral são longas (podendo durar 3 a 5 anos) e causadas por determinado sorogrupo e sorotipo. As epidemias de maior magnitude são as causadas pelo sorogrupo A.

Também é característica da doença meningocócica a variação sazonal, com aumento de incidência no outono e inverno.

No Rio Grande do Sul, o Programa de Controle das Meningites estruturou-se a partir da epidemia de meningite meningocócica que ocorreu na década de 70, com pico em 1974 (ano em que se registraram 2892 casos da doença, atribuídos aos meningococos A e C e correspondendo a um coeficiente de incidência de 40,79 casos/100.000 habitantes).

Durante a década de 80, a doença se manteve em níveis endêmicos com coeficientes de incidência em torno de 1 caso/100.000 habitantes e predomínio do meningococo B. No início dos anos 90 registrou-se crescente aumento de incidência em diversas regiões do Estado, principalmente na região metropolitana, constatando-se a circulação de meningococos B e C.

I - OBJETIVOS

A - Geral

Reduzir a morbi-mortalidade por meningites.

B - Específicos

- 1 - Manter um sistema de notificação e de investigação epidemiológica para 100 % dos casos suspeitos;
- 2 - Diagnosticar e tratar precocemente os casos de meningite, para redução da letalidade;
- 3 - Adotar as medidas de controle em casos isolados e/ou de epidemias.

II - POPULAÇÃO ALVO

Toda população, especialmente crianças de 0 a 5 anos.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Investigar casos notificados de meningite, com vistas ao diagnóstico etiológico;
- 2 - Tratar os casos de meningite;
- 3 - Fazer quimioprofilaxia nos comunicantes de casos confirmados de doença meningocócica e meningite por *Haemophilus*.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Manter o coeficiente de incidência da doença meningocócica abaixo de 1,5/100.000 habitantes;
- Reduzir a letalidade da doença meningocócica no RS para menos de 10%.

PROGRAMA DE CONTROLE DAS HEPATITES

O termo **hepatites virais** refere-se a um grupo de vírus que causam infecção primária do fígado provocando lesões agudas, às vezes severas, podendo levar o doente ao óbito em consequência da necrose maciça do órgão. Felizmente, na grande maioria dos casos tal não acontece e o doente evolui para a cura sem apresentar seqüelas.

Trata-se de doença universalmente disseminada, praticamente encontrada em todos os países do mundo, independente do grau de desenvolvimento. Entretanto, as hepatites apresentam maior prevalência nos países subdesenvolvidos, onde as condições de higiene são mais precárias, o que facilita sua disseminação.

Tem sido descritos casos de hepatites agudas em cujas etiologias estão implicados os vírus Epstein-Baar, citomegalovírus e vírus da febre amarela, mas que não são habitualmente incluídos no termo Hepatites Virais.

Atualmente são conhecidos cinco tipos de vírus (A, B, C, D, E) e, mais recentemente descobertos, os vírus F e G.

A **hepatite tipo A** é causada por um hepatovírus (Hepa-RNA vírus), constituído de ácido ribonucléico, pertencente à família Picornaviridae, sendo o seu reservatório o homem e alguns primatas não humanos, inclusive os chimpanzés. A transmissão é fecal-oral (de uma pessoa a outra - direta ou indiretamente; por veiculação hídrica e alimentos contaminados). O período de incubação varia de 15 a 45 dias (média de 30 dias) e a transmissibilidade, de 15 dias, antes do início dos sintomas, até o final da segunda semana de doença, na maioria das pessoas. A suscetibilidade é geral, havendo imunidade homóloga provavelmente pelo resto da vida. É frequente nos países com saneamento básico deficiente e em instituições fechadas (berçários, creches, etc.) e, dependendo das condições sócio-econômicas do país, a faixa etária da população acometida pode ser diferente. Assim, nos países subdesenvolvidos, são as crianças e adultos jovens; já nos países desenvolvidos, esse vírus infecta preferencialmente adultos (menos de 10% dos pacientes são crianças). Nos países muito desenvolvidos, como os situados no nordeste da Europa, EUA e Japão, a soroprevalência para o vírus da hepatite tipo A é pequena na população com idade inferior a 40 anos. A letalidade é baixa e tende a aumentar com a idade. A mortalidade também é baixa.

A **Hepatite tipo B** é causada por um vírus constituído de ácido desoxiribonucléico (DNA), pertence à família Hepadnaviridae. A partícula viral completa, denominada inicialmente de partícula de Dane, tem uma estrutura complexa, com duplo envoltório. O envoltório externo contém

proteínas antigênicas denominadas de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) e o envoltório interno contém antígeno de centro estrutural (HBcAg) e um antígeno solúvel (HBeAg). O reservatório natural do VHB é o homem. A transmissão faz-se através de: relações sexuais (exposição ao sêmen e secreção vaginal conataminados); exposição a outors líquidos orgânicos; exposição percutânea (parenteral) a agulhas ou outros instrumentos contaminados (p.ex.: tatuagens, perfuração da orelha, etc.); transfusão de sangue e hemoderivados; uso de drogas endovenosas; procedimentos odontológicos, cirúrgicos e de hemodiálise, quando desrespeitam as normas universais de biossegurança; transmissão perinatal (filho de mãe portadora de HBsAg); contatos domiciliares (promiscuidade nos domicílios superlotados); através de outros líquidos orgânicos (p.ex.: saliva). O período de incubação varia de 45 a 180 dias (média de 60-90 dias) e o de transmissibilidade de 2 a 3 semanas antes que comecem os primeiros sintomas até a fase aguda da doença e no estado de portador crônico, que pode persistir por vários anos ou pelo resto da vida. O estado de portador crônico é arbitrariamente fixado após 6 meses de persistência do HBsAg no sangue. A suscetibilidade é geral, havendo imunidade homóloga provavelmente pelo resto da vida. O vírus acomete preferencialmente indivíduos na faixa etária de 20 a 40 anos. A infecção pelo VHB é considerada alta onde a prevalência do HBsAg é superior a 7% ou onde 60% ou mais da população tem evidência sorológica de infecção prévia. São consideradas como de endemicidade intermediária as áreas onde a prevalência do HBsAg vai de 2 a 7% e entre 20 a menos de 60% de prevalência da infecção prévia. As áreas de baixa endemicidade são aquelas nas quais a prevalência do HBsAg é de menos de 2% e a prevalência total de infectados previamente é inferior a 10%. Nestas últimas áreas, a infecção neonatal e na infância é muito rara. Contudo, existem grupos de alto risco, que são: os usuários de drogas endovenosas, homossexuais masculinos, profissionais da área de saúde, pacientes em hemodiálise ou sujeitos a tratamento clínico por hemoderivados. No Brasil, a literatura médica refere a região Sul como área de baixa endemicidade. As regiões Centro-oeste, Nordeste e Sudeste são de intermediária endemicidade. A região da Amazônia Legal (média de 8% de prevalência de HBsAg), o estado do Espírito Santo e a região oeste do estado de Santa Catarina são considerados de alta endemicidade. De modo geral, a taxa de letalidade dos pacientes hospitalizados é de 0,8 a 2%, podendo aumentar nos indivíduos com mais de 40 anos de idade e ser maior nos casos associados ao vírus da hepatite D. No Brasil a taxa de mortalidade é de 0,6 por 100.000 habitantes.

A **hepatite do tipo C** é causada por um vírus constituído por ácido ribonucléico (RNA), provavelmente pertencendo à família Flaviviridae, cujo reservatório é o homem e, experimentalmente, o chimpanzé. A transmissão faz-se por sangue contaminado (90 a 95% dos casos), por uso de drogas endovenosas e através de hemodiálise. Há outras formas raras de infecção, as chamadas esporádicas, que incluem a sexual e a de mãe-filho. Não está definida a possibilidade de transmissão intradomiciliar. O período de incubação varia entre duas semanas a cinco meses (em média de 5 a 10 semanas), sendo mais curto quando a contaminação faz-se através do sangue e/ou derivados sanguíneos. O período de transmissibilidade estende-se desde a semana anterior ao início dos sintomas da doença até a fase aguda. O período de portador crônico ainda é indefinido. A suscetibilidade é geral, havendo imunidade homóloga provavelmente pelo resto da vida. A doença predomina em adultos jovens e, nos Estados Unidos da América do Norte, a letalidade é de 1,3%. A contribuição desta patologia nas taxas de mortalidade ainda não está estabelecida.

A **hepatite tipo D** é causada por um vírus de partícula viral híbrida com HBsAg, mas não com o DNA do vírus da hepatite B. É constituído por ácido ribonucléico, que por si só não consegue infectar o fígado; para replicar-se e expressar-se necessita da presença do vírus da hepatite B (VHB). Dependendo da situação do hospedeiro em relação ao vírus tipo B, pode haver co-infecção (hospedeiro suscetível ao VHB) ou superinfecção (hospedeiro portador crônico do VHB). O reservatório é o homem. O modo de transmissão é semelhante ao vírus da hepatite tipo B. O período de incubação não está definido para seres humanos. Experimentalmente, nos chimpanzés, varia de 2 a 10 semanas (média de 35 dias). O período de transmissibilidade estende-se desde uma semana antes do início dos sintomas até a fase aguda da doença, na co-infecção. Na superinfecção não se conhece o período de transmissibilidade. A suscetibilidade é restrita a indivíduos portadores do vírus B ou

com infecção concomitante pelos vírus B e D. O papel do anticorpo anti-VHD na infecção não é conhecido. A distribuição é mundial, particularmente nas áreas onde há alta prevalência de infecção pelo vírus da hepatite B. No Brasil, é a região Amazônica, principalmente na parte ocidental, a quem tem relatado o maior número de casos. A letalidade é mais elevada na superinfecção do que na co-infecção.

A **hepatite tipo E** é causada por um pequeno vírus constituído por ácido ribonucléico (RNA), de classificação ainda não definida, mas com semelhança estrutural aos Calicivirus. O reservatório conhecido é o homem. O modo de transmissão é fecal-oral, principalmente por veiculação hídrica, em áreas com deficiência de saneamento básico. O período de incubação varia de 15 a 64 dias (média de 28-45 dias). O período de transmissibilidade é provavelmente semelhante ao do vírus da hepatite tipo A. Não se tem dados conclusivos com relação à suscetibilidade e imunidade. Acomete mais adultos jovens e é rara em crianças e idosos. No Brasil, os primeiros três casos foram relatados no estado da Bahia, em 1993. A taxa de letalidade observada na Índia, entre as gestantes, variou de 20 a 40%.

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a morbi-mortalidade por hepatites virais.

B - Específicos:

- 1 - Implementar um sistema de notificação e investigação epidemiológica de casos suspeitos;
- 2 - Imunizar a população de risco contra a hepatite B;
- 3 - Diagnosticar e tratar casos de hepatites virais;
- 4 - Estabelecer serviços de referência clínica para avaliação e tratamento das complicações das hepatites virais.

II - POPULAÇÃO ALVO

Hepatite A: Indivíduos que residem em áreas carentes de saneamento básico e/ou sem condições de higiene;

Hepatite B e C: 1. Indivíduos expostos a sangue e hemoderivados contaminados, como os profissionais de saúde e usuários de drogas injetáveis; 2.. Indivíduos que variam frequentemente de parceiros sexuais, os parceiros sexuais fixos de portadores do vírus e as crianças nascidas de mãe portadora.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Orientar a população em relação a medidas de higiene e de saneamento básico, necessárias a prevenção de casos de hepatites virais;
- 2 - Educar a população quanto ao risco de adquirir infecção pelo vírus da hepatite B;
- 3 - Investigar casos notificados de hepatites virais, com vistas ao diagnóstico etiológico;
- 4 - Vacinar a população de risco contra a hepatite B;
- 5 - Tratar os casos de hepatites virais.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Conhecer a prevalência da infecção pelos diferentes tipos de hepatites virais no Estado do Rio Grande do Sul e a distribuição proporcional dos casos de hepatites virais;

- Reduzir a prevalência da infecção pelo vírus B em 10% , até o ano 2000.

PROGRAMA DE CONTROLE DA CÓLERA

A cólera é uma doença infecciosa intestinal aguda causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae*, bacilo gram-negativo, aeróbio ou anaeróbio facultativo, isolado por Koch em 1884.

Existem vários sorogrupos dessa bactéria, sendo o O1, até há bem pouco tempo, o único considerado responsável pela ocorrência de epidemias. No entanto, em dezembro de 1992, foi estabelecido que o sorogrupo O139, também conhecido como Bengal, era o causador de epidemia no sul da Ásia.

No sorogrupo O1, são identificados três sorotipos (Inaba, Ogawa e Ikojima) e dois biotipos (o Clássico e o El Tor), indistinguíveis bioquímica e antígenicamente.

A transmissão da doença ocorre, principalmente, através da ingestão de água contaminada por fezes ou vômitos de doentes ou portadores. Os alimentos e utensílios também podem ser contaminados pela água, pelo manuseio ou pelo contato com moscas. O contato direto de pessoa para pessoa é uma via de transmissão menos importante.

O período de incubação é curto, de algumas horas até 5 dias, em média 2 a 3 dias e a transmissibilidade se mantém enquanto houver eliminação de vibrião nas fezes, em geral até 20 dias após a cura. Está descrito a existência de portadores crônicos.

A suscetibilidade à cólera é geral e a imunidade que a doença confere é transitória, por cerca de 6 meses. Quanto à letalidade, pode atingir 50% nos casos graves, se não for adequadamente tratada.

O Brasil voltou a apresentar casos de cólera, após décadas livre da doença, em 1991, em consequência da progressão da 7ª pandemia, sendo os primeiros casos registrados na região Norte, perto da fronteira com o Peru, porta de entrada da doença na América do Sul. Desde então todas as regiões foram atingidas, especialmente as Norte e Nordeste, onde as condições sócio-econômicas e ambientais favoreceram a instalação e a rápida disseminação do vibrião. Houve aumento progressivo da doença de 1991 a 1993, com ocorrência de 2.103 casos em 1991, 37.572 casos em 1992 e 60.340 casos em 1993. Já em 1994, observou-se um declínio, com registro de 51.324 casos, o que se acentuou em 1995, quando confirmaram-se apenas 4.907 casos em todo o país (dados provisórios).

No Rio Grande do Sul, foram notificados 257 casos suspeitos de cólera até dezembro de 1995, sendo que todos, após a investigação, foram descartados, apesar do monitoramento ambiental ter detectado o vibrião colérico em duas amostras em esgoto de Porto Alegre.

Considerando que os fatores facilitadores da disseminação da cólera mantém-se presentes e que as condições de vida das populações mais expostas pouco se modificaram, é de se esperar que ocorra novo incremento no número de casos de cólera no Brasil, razão pela qual os serviços de saúde devem permanecer atentos e vigilantes.

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Prevenir a introdução do vibrião colérico no Rio Grande do Sul.

B - Específico:

- 1- Manter um sistema de notificação e de investigação epidemiológica de todos os casos suspeitos;
- 2 - Diagnosticar e tratar os casos confirmados;
- 3 - Desencadear as medidas de controle em relação ao doente, seus comunicantes e ao meio ambiente, se a doença for confirmada;
- 4 - Realizar monitoramento ambiental em pontos considerados de alto risco para a introdução do *Vibrio cholerae*.

II - POPULAÇÃO ALVO

- 1 - Indivíduos que procedem de áreas de ocorrência da cólera;
- 2 - Na ocorrência de casos, a população que vive em áreas com saneamento básico precário.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Orientar a população em relação a medidas de higiene e de saneamento básico, necessárias a prevenção de casos de cólera;
- 2 - Investigar casos suspeitos notificados de cólera;
- 3 - Tratar os casos confirmados;
- 4 - Desenvolver medidas de controle em comunicantes e meio ambiente.

PROGRAMA DE CONTROLE DA MALÁRIA

A malária, também conhecida como paludismo, impaludismo, febre palustre, febre intermitente, ou, em suas formas específicas, febre terça benigna, febre terça maligna e febre quartã, no Brasil é também designada por outros nomes populares, como maleíta, sezão, tremedeira, bateadeira ou simplesmente febre.

A malária é uma doença parasitária endêmica nas Américas Central e do Sul, na África e no Sudeste Asiático, **causada por protozoários do gênero Plasmodium**, sendo o homem o único reservatório importante da forma humana da infecção. No Brasil, as espécies responsáveis são o *Plasmodium malariae*, *Plasmodium vivax* e *Plasmodium falciparum* e não é incomum a detecção de associação das espécies, ou no exame laboratorial diagnóstico ou em lâminas de verificação de cura, após o tratamento radical da espécie diagnosticada inicialmente, sem que o paciente tenha contraído nova infecção. De um modo geral, todas as pessoas são suscetíveis, mas os adultos de uma coletividade endêmica, onde a exposição ao protozoário continua por muitos anos, podem desenvolver tolerância ou resistência à infecção.

Os **transmissores da malária** aos mamíferos são insetos da ordem Díptera, da família Culicidae e do Gênero Anopheles, sendo, no Brasil, cinco as espécies principais consideradas como vetores: *Anopheles darlingi*, *Anopheles aquasalis*, *Anopheles albitalis*, *Anopheles cruzii* e *Anopheles bellator*. A doença é geralmente adquirida pela picada de uma fêmea anofelina infectante. Porém, pode resultar de transfusão de sangue de pessoas infectadas ou pelo uso de seringas e agulhas contaminadas, bem como por via placentária, na malária congênita.

No caso da transmissão através do mosquito, o homem doente serve de reservatório somente no período em que circulam no seu sangue gametócitos infectantes de ambos os sexos e em número suficiente para que o inseto, ao sugá-lo, possa ingeri-los. Os indivíduos não tratados ou insuficientemente tratados, podem ser fonte de infecção do mosquito durante período variável, de acordo com a espécie do parasita: *P. falciparum*, por até 1 ano, *P. vivax*, por 1 a 3 anos e *P. malariae*, por mais de 3 anos.

O **período de incubação** varia de acordo com a espécie do protozoário, com um tempo médio de 12 dias para o *P. falciparum*, de 14 dias a 8-10 meses para o *P. vivax* e de 30 dias para o *P. malariae*. Nos casos em que a causa da infecção decorre de transfusão de sangue contaminado, o período de incubação é geralmente breve, mas varia de acordo com o número de parasitas contidos no sangue.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a malária é uma doença de grande importância econômica nos trópicos, ocasionando 100 milhões de casos clínicos novos ao ano. No Brasil, os Estados da região Norte e Centro-Oeste possuem condições propícias para a transmissão da doença. O Rio Grande do Sul, embora não seja considerado área endêmica desde o final dos anos sessenta, recebe casos "importados" provenientes de locais endêmicos. Por isso, a partir de 1976 a malária foi incluída no Sistema de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis Agudas, sendo que até o final do ano de 1995

havia sido notificados 4594 casos, com 44 óbitos, ou seja com uma letalidade próxima de 1%. Considerando-se a importância da malária e sabendo-se ser uma doença curável, são necessárias medidas de controle que permitam sua prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e, conseqüentemente, a redução da letalidade.

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a letalidade por malária.

B - Específico:

Diagnosticar e tratar os casos de malária, precoce e corretamente.

II - POPULAÇÃO ALVO

- 1 - Indivíduos procedentes de áreas endêmicas;
- 2 - Pacientes submetidos à transfusão de sangue ou indivíduos que fizeram uso de seringas e agulhas contaminadas.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Investigar casos suspeitos notificados de malária;
- 2 - Tratar os casos confirmados.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Reduzir para zero o número de óbitos por malária.

02 - SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

PROGRAMA DE CONTROLE DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS

As infecções respiratórias agudas (IRA) são responsáveis por 4 das 13 milhões de mortes anuais de crianças menores de 5 anos que ocorrem no mundo. Destas, 95% acontecem nos países em desenvolvimento.

É estimado que, em áreas de elevada mortalidade, ocorram anualmente de 7 a 15 mortes por IRA entre os menores de 5 anos de idade e de 14 a 53 em crianças de até um ano de idade, por 1000 nascidos vivos. Isso representa de 18 a 47% e 24 a 33% dos óbitos nas respectivas faixas etárias.

No Rio Grande do Sul, o exame das causas que contribuem para a mortalidade na infância mostra que logo após as afecções originárias no período perinatal, as IRAs, e particularmente as pneumonias, constituem-se no principal grupo, perfazendo cerca de 11% do total de mortes entre as crianças com menos de 1 ano de idade.

Esse percentual vem declinando - correspondia a 18,80% da mortalidade infantil em 1970 e localizou-se em 11,42% em 1992, à semelhança de outros problemas de saúde pública, como a doença diarreica, a desnutrição e as enfermidades preveníveis por vacinas, alvos de ações programáticas específicas.

A evolução favorável dos indicadores de saúde do Estado refletem entretanto uma média, que, por vezes, pode conduzir ao raciocínio errôneo de que as IRAs estejam sob controle. Existem áreas, como as da fronteira com o Uruguai e como a da região metropolitana, em que as taxas estão em níveis considerados ainda muito altos, e que, além disso, também apresentam uma tendência evolutiva de aumento.

Diversos estudos de morbidade têm revelado que as IRAs correspondem ao maior percentual de consultas ambulatoriais e de internações pediátricas nas unidades sanitárias e nos hospitais, configurando, desse modo, um nítido problema de saúde pública.

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a morbi-mortalidade e o número de hospitalizações por IRA em crianças;

B - Específicos:

- 1 - Prevenir casos de IRA através de medidas educativas e de imunização;
- 2 - Identificar e tratar, precoce e corretamente, os casos de IRA, especialmente pneumonias, sempre que possível em nível ambulatorial,.

II - POPULAÇÃO ALVO

Crianças com menos de 5 anos, em especial aquelas abaixo de um ano..

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1- Estimular o cumprimento do calendário de vacinação e a observância de medidas higieno-dietéticas e comportamentais, com vistas a um crescimento e desenvolvimento saudável;
- 2 - Diagnosticar casos de IRA em consultantes das Unidades de Saúde;
- 3- Tratar os casos de IRA leve e moderada no nível ambulatorial;
- 4- Realizar exames complementares nos casos suspeitos de pneumonia;
- 5- Diagnosticar e tratar casos de pneumonia;
- 6- Encaminhar para hospitalização os casos de IRA grave.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Reduzir a mortalidade por IRA em 30% em dois anos;
- Reduzir o número de internações por IRA em 20% em dois anos.

PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DIARRÉICA AGUDA

A doença diarréica aguda é uma das principais causas da morbi-mortalidade infantil nos países em desenvolvimento e um dos fatores que mais contribui para o agravamento do estado nutricional das crianças.

A partir da década de 70, ampliou-se o conhecimento deste problema como, por exemplo, a identificação de novos agentes causadores da diarréia e como eles atuam no organismo humano, com isso demonstrando que a diarréia infecciosa aguda é um processo, na grande maioria das vezes, autolimitado, não necessitando, em geral, de qualquer tratamento medicamentoso, principalmente antibióticos.

Os resultados clínicos e a grande utilização da Terapia de Reidratação Oral (TRO) em vários países do mundo, inclusive no Brasil, têm demonstrado sua eficácia e ressaltam suas inúmeras vantagens com relação à reidratação por via intra-venosa. Trata-se de um método eficaz, de fácil aplicação, não traumático, além de educativo. A grande maioria das crianças com diarréia evolui para a cura espontânea, sem mesmo apresentar desidratação, quando bem manejadas no domicílio. Por outro lado, cerca de 95% das crianças que se desidratam podem ser tratadas por via oral, ficando a indicação de hidratação intravenosa restrita aquelas com desidratação grave.

A partir de 1982, o Ministério da Saúde adotou a TRO como medida de controle das doenças diarréicas e o trabalho junto às Secretarias Estaduais de Saúde tem comprovado que, usada amplamente, é uma intervenção apropriada e simples no combate à mortalidade das crianças por diarréia e desidratação.

No Rio Grande do Sul, as taxas de mortalidade por doença diarréica diminuíram de 54/10.000 em 1979 para 8,9/10.000 em 1991. Em 1980 os óbitos por essa doença correspondiam a 12,03% da mortalidade infantil e em 1991 este percentual baixou para 4,9%.

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a morbi-mortalidade e o número de hospitalizações por doença diarréica em crianças.

B - Específico:

- 1- Prevenir os casos de doença diarreica através de medidas educativas e de saneamento básico;
- 2- Atender crianças com doença diarreica, precoce e corretamente, predominantemente em nível ambulatorial.

II - POPULAÇÃO ALVO

Crianças com menos de 5 anos de idade, em especial aquelas abaixo de um ano.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1- Estimular o cumprimento do calendário de vacinação e a observância de medidas higieno-dietéticas, com vistas a um crescimento e desenvolvimento saudável;
- 2- Atender casos de doença diarreica;
- 2- Tratar com soro de reidratação oral todos os casos diagnosticados;
- 3- Encaminhar para hospitalização os casos com desidratação grave.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Reduzir o número de internações hospitalares nas sedes das DRS para menos de 5.000/ano;
- Manter o coeficiente de mortalidade por doença diarreica em menos de 5,0/100.000

PROGRAMA DE CONTROLE DA DESNUTRIÇÃO

A desnutrição é um problema mundial de saúde pública. Estima-se que no mínimo 1/3 da população infantil dos países em desenvolvimento sofra de algum grau de desnutrição. A desnutrição associada aos processos infecciosos comuns nessas crianças, eleva os índices de mortalidade infantil.

No Brasil, as estatísticas oficiais apontam o Nordeste como a região mais atingida pela deficiência nutricional, porém no Rio Grande do Sul ela também está presente de maneira significativa. Os resultados do censo nutricional em crianças com menos de 5 anos no Estado, apontam 16,26% desnutridas ou com risco nutricional., índice considerado elevado já que, segundo a Organização Mundial da Saúde, para países em desenvolvimento, o esperado é de até 10%.

O diagnóstico nutricional é um procedimento fácil e simples e pode ser realizado através de medidas antropométricas (peso/idade, altura/idade), anotados em gráficos de crescimento como, por exemplo, o Cartão da Criança. Pode ser feito por profissionais da área da saúde devidamente capacitados e deve ser valorizado por toda a equipe de saúde.

Pretende-se que todos os profissionais de saúde do Estado do Rio Grande do Sul acompanhem o crescimento das crianças e identifiquem os casos de risco nutricional e de desnutrição.

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir os casos de desnutrição em crianças .

B - Específico:

- 1- Promover atividades educativas com gestantes e nutrizes;
- 2- Prevenir a desnutrição através da avaliação e acompanhamento do crescimento de crianças;

3- Atender crianças com risco nutricional e desnutridas;

II - POPULAÇÃO ALVO

Crianças com menos de 5 anos de idade, em especial aquelas abaixo de um ano.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

1- Orientar gestantes e nutrizes com vistas ao aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e misto até os 2 anos de idade;

2- Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de crianças pelo uso do Cartão da Criança;

3- Diagnosticar e tratar casos de desnutrição.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Reduzir para menos de 10% o percentual de crianças com peso abaixo do percentil 10.

03 - SAÚDE DA MULHER

PROGRAMA DE CONTROLE DA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

A gestação de alto risco está na gênese da morbi-mortalidade materna e perinatal, acometendo principalmente mulheres pertencentes a classes sociais mais baixas, com pouca escolaridade e, na maioria das vezes, sem acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Sua incidência gira em torno de 10 a 15%.

Na América Latina, estima-se que morram em torno de 30.000 mulheres por complicações da gravidez, parto e puerpério, anualmente. No Brasil, o Coeficiente de Morte Materna (CMM) oficial está em torno de 141 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e no Rio Grande do Sul, o CMM foi de 41,8 por 100.000 no ano de 1993, dentre 170.000 nascidos vivos. Estes números, em verdade, não espelham a realidade, pois, após análise de atestados de óbito sub-notificados, têm sido multiplicados por 3. Enquanto isso, os índices de países desenvolvidos encontram-se entre 10 e 20 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, chegando a abaixo de 10 nos países escandinavos.

A Mortalidade Materna é, desta forma, um importante indicador de saúde, nos revelando um grande contingente de mulheres ainda jovens que morrem, deixando órfãos e familiares desvalidos. Suas principais causas são: **hemorragias**; **infecções puerperais e pós-aborto**; **estados hipertensivos** (doença hipertensiva específica da gestação e hipertensão arterial sistêmica prévia); **doenças intercorrentes** (cardiopatias, pneumopatias, pielonefrites, etc...); **acidentes anestésicos**. Sua estreita ligação com o desenvolvimento sócio-cultural de uma região pode ser verificada no fato de que quanto menor o grau de desenvolvimento, maior é a incidência de hemorragias, infecções e estados hipertensivos, como causa de morte materna.

A Mortalidade Materna pode ser reduzida através de ações de saúde, muitas delas simples, dirigidas ao período pré-concepcional, gestacional e puerperal.

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a morbi-mortalidade materna e perinatal.

B - Específicos:

1 - Dar assistência pré-natal a gestantes;

2 - Diagnosticar gestação de alto risco;

3 - Estabelecer serviços de referência especializados para atendimento de gestantes de alto risco;

4 - Estabelecer hospitais de referência para o pronto atendimento do parto;

5 - Dar assistência no período puerperal.

II - POPULAÇÃO ALVO

Todas as mulheres no ciclo grávido-puerperal.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Realizar a primeira consulta e as consultas subsequentes em gestantes;
- 2 - Realizar exames laboratoriais na primeira consulta e entre a 24ª e a 32ª semanas de gestação e quando necessário;
- 3 - Vacinar contra o tétano;
- 4 - Identificar gestantes com situações de risco (diabetes prévio e gestacional, hipertensão, sífilis, desnutridas, retardo de crescimento intrauterino, infecção urinária baixa, pielonefrite, isoimunizadas para Rh, com trabalho de parto prematuro e vaginites);
- 6 - Tratar infecções pré-existentes e/ou intercorrentes e a desnutrição;
- 7 - Encaminhar as gestantes com diabetes, hipertensão, retardo de crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro, pielonefrite e isoimunizadas para as Unidades de Referência.

PROGRAMA DE CONTROLE DO CANCER DE MAMA

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a morbi-mortalidade por câncer de mama.

B - Específicos:

- 1 - Detectar precocemente alterações em glândula mamária de mulheres mediante o exame periódico das mamas;
- 2 - Identificar casos de câncer de mama em estágios iniciais e encaminhá-los para tratamento.

II - POPULAÇÃO ALVO

Mulheres com mais de 15 anos de idade que consultam em unidades de saúde do setor público, com ênfase nos seguintes grupos de maior risco:

- a- grupo etário acima de 50 anos;
- b- mulheres de qualquer idade, cuja mãe ou irmã tiveram câncer de mama;
- c- mulheres que já trataram câncer na outra mama.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Promover atividades educativas que incentivem o auto exame das mamas com vistas ao diagnóstico precoce do câncer de mama;
- 2 - Realizar palpação de mamas, pelo menos uma vez ao ano;
- 3 - Fazer mamografia nos casos com nódulos mamários detectados por palpação;
- 3 - Realizar punção de nódulos de mama suspeitos de neoplasia;
- 4 - Submeter a tratamento cirúrgico os casos de câncer de mama diagnosticados.

PROGRAMA DE CONTROLE DO CANCER DE COLO UTERINO

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a mortalidade por cancer de colo uterino.

B - Específico:

Prevenir o carcinoma invasivo de útero, mediante o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de lesões cervicais pré-invasivas.

II - POPULAÇÃO ALVO

Mulheres com 15 ou mais anos de idade, com iniciação sexual prévia, que consultam em unidades de saúde do setor público.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Realizar um exame citopatológico anual de cervix uterina;
- 2 - Encaminhar para tratamento os casos detectados.

04 - SAÚDE OCUPACIONAL

PROGRAMA DE CONTROLE DE ACIDENTES TÍPICOS

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a ocorrência e as consequências de acidentes de trabalho tipo.

B - Específicos:

- 1 - Desenvolver atividades preventivas para redução dos acidentes de trabalho-tipo;
- 2 - Adequar as unidades de saúde do setor público para o atendimento de acidentes de trabalho tipo;
- 3 - Capacitar a rede do SUS estadual para o atendimento do fluxo administrativo do acidente do trabalho tipo;
- 4 - Implantar um sistema de vigilância epidemiológica e de controle do acidente de trabalho tipo;
- 5 - Promover o entrosamento com a Delegacia Regional do Trabalho e com o INSS.

II - POPULAÇÃO ALVO

Trabalhadores urbanos e rurais, independentemente da existência de vínculo formal de trabalho, expostos a acidente de trabalho típico

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Orientar Empresas para a prevenção do acidente do trabalho-tipo;
- 2 - Conscientizar trabalhadores expostos ao risco de sofrerem acidente de trabalho-tipo a usarem medidas preventivas;
- 3 - Atender trabalhadores com lesão decorrente de acidente do trabalho-tipo;
- 4 - Investigar o local de trabalho de pessoas vitimadas por acidente o trabalho-tipo;

PROGRAMA DE CONTROLE DAS INTOXICAÇÕES POR PRODUTOS QUÍMICOS

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir os agravos à saúde, tanto os acidentes de trabalho como as doenças profissionais, provocados por produtos químicos.

B - Específicos:

- 1 - Prevenir a exposição aos produtos químicos nocivos à saúde nos ambientes ou locais de trabalho;
- 2 - Adequar as unidades de saúde do setor público para o atendimento de trabalhadores intoxicados por produtos químicos;

3 - Implantar um sistema de vigilância epidemiológica e de controle das intoxicações por produtos químicos;

4 - Promover o entrosamento com a Delegacia Regional do Trabalho e com o INSS.

II - POPULAÇÃO ALVO:

Trabalhadores expostos a produtos químicos.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

1 - Orientar Empresas para a prevenção da intoxicação por agentes químicos;

2 - Conscientizar trabalhadores expostos ao risco de sofrerem intoxicação por produtos químicos a usarem medidas preventivas;

3 - Orientar usuários de agrotóxicos com vistas aos cuidados para a não contaminação das águas;

4 - Atender trabalhadores intoxicados por produtos químicos;

5 - Investigar o local de trabalho de pessoas vitimadas por intoxicação por produtos químicos;

PROGRAMA DE CONTROLE DA PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO

I - OBJETIVOS

A-Geral:

Reduzir a incidência e a gravidade de casos de Perda Auditiva Induzida pelo Ruído Ocupacional (PAIRO).

B-Específicos:

1 - Prevenir e diagnosticar precocemente a PAIRO, em trabalhadores expostos ao risco;

2 - Reduzir e controlar o ruído nos ambientes e nos postos de trabalho.

II - POPULAÇÃO ALVO:

Trabalhadores com história de exposição prolongada a altos níveis de ruídos no ambiente ou local de seu trabalho.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE:

1 - Orientar Empresas quanto as medidas para a prevenção da PAIRO;

2 - Conscientizar trabalhadores expostos ao risco de PAIRO a usarem medidas preventivas;

3 - Atender trabalhadores com PAIRO;

4 - Investigar o local de trabalho de pessoas vitimadas por PAIRO;

05 - SAÚDE MENTAL E NEUROLÓGICA

PROGRAMA DE CONTROLE DO ALCOOLISMO E DO ABUSO E DEPENDÊNCIA DE OUTRAS DROGAS

I - OBJETIVOS

A - Gerais:

1 - Evitar e/ou reduzir o abuso e a dependência de álcool e de outras drogas;

2 - Reduzir o número de internações, por dependência de bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas, em hospitais gerais e psiquiátricos.

B - Específicos:

- 1 - Prevenir a experimentação de álcool e de substâncias psicoativas ilícitas;
- 2 - Identificar casos de abuso e a dependência de bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas, e encaminhá-los para tratamento, predominantemente em nível ambulatorial;
- 3 - Restringir a prescrição de substâncias psicoativas lícitas, nos serviços de saúde pública e privada.

II - POPULAÇÃO ALVO

- 1 - Indivíduos pertencentes a grupos de risco (escolares, adolescentes, gestantes, outros) que nunca fizeram uso de substâncias psicoativas;
- 2 - Indivíduos de qualquer idade e sexo que fazem uso de substâncias psicoativas;
- 3 - Pacientes dependentes, egressos de hospitais gerais ou psiquiátricos.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1- Identificar pessoas suspeitas de abuso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas;
- 2- Diagnosticar casos de dependência ao álcool e a outras substâncias psicoativas;
- 3- Tratar em regime ambulatorial os casos diagnosticados, com ênfase aos egressos de hospitais.
- 4- Encaminhar para hospitalização os casos graves.

PSICOSES

I - OBJETIVOS

A - Gerais:

- 1 - Evitar a cronificação e a marginalização social de pacientes com distúrbios psicóticos (esquizofrenia e distúrbios do humor);
- 2 - Reduzir as internações por distúrbios psicóticos, especialmente em hospitais psiquiátricos.

B - Específicos:

- 1 - Implementar o tratamento ambulatorial de pacientes psicóticos, principalmente de egressos de hospitais.
- 2 - Aumentar o envolvimento da família e da comunidade na recuperação de pacientes psicóticos.

II - POPULAÇÃO ALVO

- 1 - Todos os indivíduos com história de hospitalização por esquizofrenia e distúrbios do humor.
- 2 - Os familiares de pacientes e indivíduos da comunidade (sociedade civil organizada).

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1- Examinar pessoas com sinais/sintomas sugestivos de psicoses;
- 2- Diagnosticar casos de psicoses;
- 3- Tratar os casos diagnosticados, predominantemente em nível ambulatorial.

PROGRAMA DE CONTROLE DA EPILEPSIA

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Prevenir a ocorrência ou reduzir a frequência de crises convulsivas e de suas conseqüências clínicas e sociais.

B - Específicos:

- 1 - Diagnosticar e tratar os pacientes portadores de epilepsia;
- 2 - Aumentar o conhecimento dos pacientes, dos familiares e da comunidade a respeito da doença.

II - POPULAÇÃO ALVO

Todos os indivíduos da população, independentemente de idade ou sexo, com episódios sugestivos de crises epiléticas .

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1- Examinar pessoas com sinais/sintomas sugestivos de epilepsia;
- 2- Realizar EEG nos casos suspeitos;
- 3- Diagnosticar casos de epilepsia;
- 4- Tratar os casos diagnosticados, predominantemente em nível ambulatorial.

06 - SAÚDE BUCAL

PROGRAMA DE CONTROLE DA CÁRIE E DOENÇA PERIODONTAL

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a prevalência de cáries dentárias e de doença periodontal.

B - Específicos:

- 1 - Implementar uma nova sistemática de atenção odontológica, com ênfase nas atividades educativo-preventivas;
- 2 - Diagnosticar e tratar, precocemente, as cáries dentárias e a doença periodontal;
- 3- Monitorar os teores de fluór nas águas de abastecimento público, conjuntamente com o Setor de Controle da Qualidade da Água da Divisão de Vigilância Sanitária.

II - POPULAÇÃO ALVO

- 1 - Crianças com menos de 15 anos;
- 2 - Gestantes e nutrízes;
- 3 - Demais indivíduos da população.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1- Fazer higiene bucal supervisionada e aplicar fluor nos grupos prioritários (crianças com menos de 15 anos, gestantes e nos consultantes);
- 2- Distribuir soluções para bochecho caseiro de fluor para pessoas de alto risco de cárie e/ou doença periodontal;
- 3- Tratar gestantes e crianças com cárie e/ou doença periodontal;
- 4- Tratar emergências odontológicas nos consultantes;
- 5- Coletar amostras de água na rede de abastecimento público para monitoramento do teor de fluór.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Reduzir a incidência de cárie dental na população por grupos prioritários até 1998 para:
 - CPOD 6 anos: 0
 - CPOD 12 anos: 1,5
- Reduzir a doença periodontal em todos os grupos prioritários.

CPITN: Grau 1 ou mais 15 a 19 anos para 75% da população até 1998
CPITN: Grau 2 ou mais 15 a 19 anos para 55% da população até 1998

PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DE BOCA

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a morbi-mortalidade por câncer bucal.

B - Específicos:

- 1 - Estimular e orientar os indivíduos de risco para realizar o auto-exame dos lábios e da mucosa bucal;
- 2 - Diagnosticar e tratar precocemente as lesões cancerizáveis e todos os casos de câncer labial e bucal.

II - POPULAÇÃO ALVO

Indivíduos com mais de 50 anos, geralmente do sexo masculino, com as seguintes situações predisponentes: de pele clara com exposição crônica ao sol ou com história de queimaduras solares labiais, principalmente no lábio inferior, na infância e na adolescência; exposição dos lábios e mucosa bucal a altas temperaturas; tabagistas; alcoolistas; exposição a traumatismos crônicos localizados nos lábios e mucosa bucal; maus hábitos de higiene bucal; imunodeprimidos ou portadores do HIV (no caso especial do sarcoma de Kaposi).

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1- Realizar campanhas de prevenção do câncer de boca, com estímulo ao auto-exame;
- 2- Examinar consultantes adultos com vistas às lesões suspeitas de câncer bucal;
- 3- Biopsiar as lesões supeitas;
- 4- Encaminhar para tratamento os casos diagnosticados;
- 5- Tratar lesões cancerizáveis.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Reduzir a incidência de câncer bucal para 4,0/100.000 habitantes até 1998;
- Reduzir a mortalidade para 0,6 /100.000 habitantes até 1998;
- Reduzir a letalidade por câncer bucal para menos de 15% até 1998.

07 - PNEUMOLOGIA SANITÁRIA

PROGRAMA DE CONTROLE DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS EM ADULTOS

I - OBJETIVOS

A - Gerais:

Reduzir a mortalidade e as internações por IRA na população adulta.

B - Específicos

Diagnosticar e tratar, precocemente, os casos de IRA, especialmente pneumonias, predominantemente em nível ambulatorial.

II - POPULAÇÃO ALVO

Todos os indivíduos com mais de 15 anos de idade, em especial o grupo etário acima de 65 anos.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Diagnosticar casos de IRA em consultantes das Unidades de Saúde;
- 2- Tratar os casos de IRA leve e moderada no nível ambulatorial;
- 3- Realizar exames complementares nos casos suspeitos de pneumonia;
- 4- Diagnosticar e tratar casos de pneumonia;
- 5- Encaminhar para hospitalização os casos de IRA grave.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Reduzir o número de internações por IRA na população adulta;
- Reduzir a mortalidade por IRA na população adulta em 30% ao ano.

PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa que em sua forma pulmonar é transmitida de pessoa a pessoa por um bacilo álcool-ácido resistente, o *Mycobacterium tuberculosis*. Os bacilos são eliminados pelo indivíduo doente ao tossir, espirrar ou falar.

As ações desenvolvidas contra a tuberculose tem como meta principal a redução de um problema de Saúde Pública reconhecido como importante em nosso meio, tendo em vista a incidência de casos de tuberculose pulmonar contagiante em adultos (especialmente aqueles com baciloscopia positiva do escarro ou bacilíferos), a mortalidade por tuberculose e a crescente associação com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA .

Esta meta é atingida paulatinamente graças à padronização e normatização das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. A prevenção básica pressupõe a vacinação de 100% das crianças até um ano de idade. As atividades de diagnóstico devem buscar preferencialmente a identificação dos bacilíferos. As medidas de tratamento visam a cura de pelo menos 80% dos casos através de esquemas terapêuticos padronizados. A utilização adequada dessas medidas de controle permitem diminuir a incidência de tuberculose mediante taxas de redução de 8 a 13% ao ano.

Os recursos de diagnóstico e tratamento devem ser acessíveis ao total da população do Estado e organizados para evitar a perda de pacientes por morte, cronificação ou abandono do tratamento. É essencial que essas atividades contra a tuberculose se desenvolvam dentro das rotinas dos serviços gerais de saúde, desde os níveis mais simples aos mais complexos, de forma ininterrupta.

I - OBJETIVOS

A - Geral

Reduzir o risco de infecção, a morbidade e a mortalidade por tuberculose.

B - Específicos

- 1 - Interromper a cadeia de transmissão da doença pela descoberta e anulação das fontes de infecção;
- 2 - Aumentar a resistência natural dos indivíduos, através de vacinação com BCG;
- 3 - Reduzir o risco de adoecer dos infectados de grupos especiais, por meio de quimioprofilaxia.

II - POPULAÇÃO ALVO

- 1 - Todos os indivíduos, especialmente adultos, com sintomas respiratórios por mais de 3 semanas;
- 2 - Todos os recém-nascidos para vacinação com BCG;
- 3 - Os reatores à tuberculina, com menos de 15 anos de idade e sem BCG prévio, comunicantes de casos bacilíferos.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Examinar sintomáticos respiratórios pela pesquisa de BAAR no escarro;
- 2 - Diagnosticar casos de tuberculose pulmonar, bacilífera e abacilífera, e de tuberculose extrapulmonar;
- 3 - Tratar 100% dos casos diagnosticados;
- 4 - Investigar comunicantes de pacientes com tuberculose;
- 5 - Vacinar com BCG 100% das crianças com menos de 1 ano.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Reduzir em 8% ao ano a incidência dos casos bacilíferos.

08 - DERMATOLOGIA SANITÁRIA

PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, de evolução crônica, muitas vezes interrompida por episódios de agudização. O *Mycobacterium leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente, parasita intracelular obrigatório. O homem é a principal fonte de infecção, através das formas contagiantes (Virchowiana e Dimorfa), sendo as vias aéreas superiores a principal porta de entrada do bacilo. Seu período de incubação é estimado em 3 a 5 anos. Apesar de sua letalidade relativamente baixa, a hanseníase é considerada problema de saúde pública por ser potencialmente causa de incapacidades físicas e por acarretar problemas sociais face aos preconceitos que ainda existem em relação à moléstia.

No Rio Grande do Sul a ocorrência de casos novos de hanseníase apresentou uma queda significativa na primeira metade da década de 1980, quando a detecção, que fora de 263 casos em 1981 (0,33 casos novos/10.000 habitantes) caiu para 175 casos em 1985 (0,21/10.000). Após 1985 observou-se uma estabilização dos coeficientes anuais, que desde então se mantiveram em torno dos 0,2 casos/10.000 habitantes. Mesmo com a introdução do esquema poliquimioterápico, recomendado pela OMS (PQT-OMS), onde se faz uso combinado de três medicamentos, em substituição ao antigo esquema com apenas duas drogas, não se verificou mudança neste padrão de estabilidade.

A proporção estável e relativamente baixa (entre 10% e 15%) dos casos novos que apresentam deformidades conseqüentes à doença indica que a maior parte dos casos são diagnosticados precocemente e que, portanto, os coeficientes de detecção observados podem ser utilizados como uma estimativa aceitável da incidência real da doença.

No que se refere à prevalência, durante as décadas de 1970 e 1980, o número de doentes de hanseníase em registro ativo manteve-se praticamente inalterado, com o coeficiente flutuando próximo do valor de 4 casos/10.000 habitantes. Em 31 de dezembro de 1991, permanecia esse quadro de estabilidade, existindo naquela data, no registro ativo, 3628 doentes, equivalente a um coeficiente de 3,96/10.000. A partir de 1992, com a introdução da poliquimioterapia, esquema que encurta o tempo padrão de tratamento das formas contagiosas da hanseníase de cinco para dois anos, houve um incremento notável nas altas por cura e, como conseqüência, uma queda acentuada na prevalência. Em 31.12.94 o número de pacientes em registro ativo estava reduzido para apenas 1305 casos, o que significava um coeficiente de prevalência de 1,38/10.000, muito próximo da meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, pela qual se pretende, até o ano 2000, reduzir a prevalência a um índice inferior a 1,0 caso/10.000 habitantes.

No que diz respeito ao Brasil como um todo a situação é bastante diversa. O coeficiente de prevalência em 31/12/94 era de 10,68/10000 (cerca de 160000 casos em registro ativo), muito distante portanto da meta estabelecida pela OMS. Nos últimos 5 anos, o número médio de casos novos detectados anualmente foi superior a 30000, mantendo-se o coeficiente de detecção sempre em torno a 2,0 casos/10000 habitantes. Isto significa que a incidência nacional, por si só, é 2 vezes mais alta do que a meta de prevalência a ser atingida, de acordo com o preconizado pela OMS, e que portanto, a perspectiva é de que a

Hanseníase mantenha-se ainda por muitos anos como uma das mais importantes endemias brasileiras.

I - OBJETIVOS

A - Gerais:

1 - Reduzir a prevalência da hanseníase a menos de 1/10.000 habitantes em todos os municípios do Estado até 1998 (meta proposta pela OMS para considerar eliminada a doença como problema de saúde pública);

2 - Diminuir o número de indivíduos com incapacidade física causada pela doença.

B - Específicos:

1 - Detectar e tratar precocemente casos novos de hanseníase;

2 - Estimular o sistema imunológico de indivíduos expostos ao risco, com BCG;

3 - Prevenir e tratar seqüelas.

II - POPULAÇÃO ALVO

1 - A população adulta em geral, especialmente os indivíduos com dermatoses crônicas e /ou neuropatias periféricas;

2 - Contatos intradomiciliares de doentes com hanseníase.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

1- Examinar portadores de dermatoses crônicas;

2- Biopsiar casos suspeitos de hanseníase, realizando, também, pesquisa de BAAR em todos eles;

3- Detectar casos novos de hanseníase;

4- Tratar com poliquimioterapia os casos novos e os antigos.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Manter a prevalência abaixo de 1 caso/10.000 habitantes.

PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DE PELE

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a morbi-mortalidade por câncer de pele, especialmente por melanoma.

B - Específicos:

1 - Prevenir a incidência de câncer de pele através de orientação da população sobre os malefícios do excesso da radiação solar;

2 - Detectar precocemente lesões de pele suspeitas de neoplasia;

3 - Diagnosticar e tratar casos de câncer de pele.

II - POPULAÇÃO ALVO

1 - Pessoas acima de 40 anos de idade, de ambos os sexos;

2 - Indivíduos excessivamente expostos ao sol, especialmente os de pele clara que pouco bronzeiam com o sol e se queimam facilmente;

3 - Indivíduos com história pessoal ou familiar de câncer de pele;

4 - Indivíduos portadores de nevos (sinais) melanocíticos atípicos e múltiplos;

5 - Indivíduos em exposição prolongada aos raios X, arsênico e a outros agentes químicos.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

1- Examinar pessoas com lesões suspeita de câncer de pele;

- 2- Realizar biópsia nos casos suspeitos e encaminhar o material para exame histopatológico;
- 3- Diagnosticar casos de câncer de pele;
- 4- Realizar excisão cirúrgica dos casos de câncer de pele diagnosticados por biópsia incisional.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Diminuir o coeficiente de mortalidade do melanoma para menos de 1,5/100.000 habitantes até 1998;
- Diminuir o coeficiente de mortalidade dos carcinomas para menos de 0,5/100.000 habitantes até 1998.

09 - AIDS E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

INTRODUÇÃO

PROGRAMA DE CONTROLE DA AIDS

De uma forma simplificada, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) pode ser definida como sendo a manifestação final e mais grave da infecção provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/HIV), caracterizando-se não apenas por sinais laboratoriais indicativos da presença do vírus, mas também pela presença de doenças associadas à imunodeficiência celular.

A infecção pelo HIV, além de causar AIDS, abrange diversas outras situações que não correspondem a esta doença.

O vírus já foi isolado em inúmeras secreções orgânicas e em vários órgãos do corpo humano, porém todas as evidências clínicas e epidemiológicas levam à conclusão de que o mesmo só é infectante no sangue, no esperma, na secreção vaginal e, possivelmente, no leite materno. O contágio limita-se aos casos de transmissão sexual (contato homo ou heterossexual com pessoa infectada) e aos casos de transmissão sanguínea (transfusão de sangue ou hemoderivados contendo o vírus e utilização de agulhas e seringas contaminadas). A transmissão vertical (passagem do vírus da mãe para o seu filho) se dá intra-útero, no parto e, possivelmente, através da amamentação.

O número acumulado de casos de AIDS no Rio Grande do Sul é de 4105 até 30 de setembro de 1995. O coeficiente de incidência de casos de AIDS que em 1983, ano das primeiras notificações foi de 0,02/100.000 habitantes, chegou a 9,41/100.000 habitantes em 1994.

A vulnerabilidade da infecção pelo HIV e da AIDS é extremamente reduzida limitando-se ao tímido resultado de ações de prevenção, ao aumento do tempo de vida produtiva do doente de AIDS pelo uso de antivirais e certas profilaxias de infecções oportunistas, ao uso de antivirais na gestação de mulheres seropositivas que parece reduzir a transmissão vertical em 2/3 e ao controle das DST que se mostrou capaz de reduzir a transmissão do HIV em profissionais do sexo, independentemente de outra medida preventiva como o uso de preservativos.

I - OBJETIVOS

A - Gerais:

- 1- Diminuir o número de casos novos de infecção pelo HIV na população em geral e em grupos humanos mais expostos;
- 2- Diminuir a morbi-mortalidade ambulatorial e hospitalar dos portadores do HIV e doentes de AIDS.

B - Epecíficos:

- 1 - Disseminar as informações sobre o vírus e os meios de transmissão, através de atividades educativas na rede oficial de serviços de saúde e de entidades correlatas;
- 2 - Melhorar a oferta de testes anti-HIV com aconselhamento pré e pós teste;
- 3 - Oferecer serviços ambulatoriais de assistência ao portador do HIV/AIDS;
- 4 - Criar novas alternativas assistenciais (hospitais-dia, assistência domiciliar terapêutica, casas de apoio);
- 5 - Organizar a rede hierarquizada de assistência hospitalar com expansão do atendimento terciário;
- 6 - Organizar o sistema de notificação de AIDS e vigilância do HIV.

II - POPULAÇÃO ALVO

A população em geral, com ênfase aos grupos de maior risco, tais como: profissionais do sexo (travestis, michês e prostitutas), homossexuais, usuários de drogas injetáveis (UDI), garimpeiros e caminhoneiros.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Educar a população quanto ao risco de adquirir a infecção pelo HIV;
- 2 - Solicitar anti-HIV para pacientes expostos à situações de risco;
- 3 - Orientar pacientes expostos à situações de risco com HIV negativo;
- 4 - Atender pacientes com HIV positivos, de acordo com norma padronizada.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA:

- Reduzir até 1998, a infecção pelo HIV para 4% na população sentinela de DST e para 2% na população sentinela de gestantes;
- Diminuir em 10% o número de internações por AIDS, até 1998.

10 - AGRAVOS CRONICO-DEGENERATIVOS

PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

I - OBJETIVOS

A- Geral

Reduzir a morbi-mortalidade e as hospitalizações por doenças cardiovasculares relacionadas com a hipertensão arterial.

B - Específico

Prevenir, diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistêmica, predominantemente em nível ambulatorial, nas unidades de saúde do setor público.

II - POPULAÇÃO ALVO

Indivíduos com 20 anos e mais, da ambos os sexos.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1- Medir a pressão arterial de pessoas com 20 ou mais anos;
- 2- Diagnosticar casos de hipertensão arterial;
- 3- Realizar exames laboratoriais e ECG nos casos diagnosticados;
- 4- Tratar os casos diagnosticados.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Reduzir o número de internações hospitalares por hipertensão arterial sistêmica e doenças associadas em 10 % ao ano;
- Reduzir a mortalidade por hipertensão arterial sistêmica e doenças associadas em 5 % ao ano.

PROGRAMA DE CONTROLE DO DIABETES MÉLITO

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a morbi-mortalidade e as hospitalizações por diabetes mérito tipo II e das doenças relacionadas.

B - Específicos:

Prevenir, diagnosticar e tratar o diabetes melito tipo II , predominantemente em nível ambulatorial, nas unidades de saúde do setor público.

II - POPULAÇÃO ALVO

Indivíduos entre 30 e 49 anos de idade, portadores de um ou mais fatores de risco para a doença e todos os indivíduos com 50 anos ou mais.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1- Dosar glicemia em jejum e realizar EQU em pessoas com 50 ou mais anos;
- 2- Pesquisar fatores de risco para diabetes melito tipo II em pessoas entre 30 e 49 anos;
- 3- Dosar glicemia em jejum e realizar EQU em pessoas entre 30 e 49 anos portadores de fatores de risco para diabetes tipo II;
- 4- Tratar os casos de diabetes melito tipo II diagnosticados.

IV - META EPIDEMIOLÓGICA

- Reduzir o número de internações hospitalares por diabetes melito tipo II em 10% ao ano;
- Reduzir a mortalidade por diabetes melito tipo II em 5% ao ano.

11 - ZOONOSES E VETORES

PROGRAMA DE CONTROLE DA RAIVA

A Raiva é uma infecção viral do sistema nervoso central que afeta todos os animais de sangue quente, incluindo o homem. É usualmente transmitida pela saliva de animais contaminados pelo vírus rábico. No homem é também conhecida como hidrofobia.

A situação epidemiológica da Raiva no País é heterôgenea. Enquanto a Região Nordeste registra 70% dos casos humanos, a Região Sul tem a doença controlada há mais de 10 anos. Especificamente, no caso do Rio Grande do Sul, o último caso de Raiva Humana ocorreu em 1981 e Raiva Canina e Felina não são registradas há 7 e 5 anos, respectivamente. Por outro lado, a cadeia de circulação do vírus rábico no Estado permanece em seu ciclo silvestre, devido a existência de morcegos hematófagos infectados, fonte potencial de transmissão.

De qualquer modo, por ser a Raiva uma doença cem por cento letal, todos os casos de agressões a humanos por animais requerem uma conduta imediata que leve em consideração a possibilidade potencial de tratar-se da doença.

I - OBJETIVOS

A - Geral;

Evitar o ressurgimento de casos de raiva humana.

B - Específicos

- 1 - Educar e orientar a população sobre o perigo que representa a raiva humana e sobre as medidas para seu controle;
- 2 - Aplicar as medidas de soroterapia e/ou vacinoterapia em pessoas com lesões consideradas de risco e nas expostas ao vírus;
- 3 - Manter sob vigilância epidemiológica a população canina e felina exposta ao risco.

II - POPULAÇÃO ALVO

A - Humana:

- 1- Indivíduos expostos permanentemente à infecção pelo vírus rábico (veterinários, estudantes de medicina veterinária, técnicos e auxiliares de laboratório de virologia e anátomo-patologia para Raiva, vacinadores, outros);
- 2 - Indivíduos expostos ao vírus rábico por mordedura, arranhadura, lambedura de mucosas ou de pele com solução de continuidade, provocados por animais domésticos ou silvestres raivosos, suspeitos, desaparecidos ou mortos.

B - Animal:

Cães e gatos domésticos.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1 - Orientar a população sobre as medidas de controle da raiva;
- 2 - Vacinar animais (cães e gatos);
- 3 - Investigar casos suspeitos de raiva animal;
- 4 - Manter cães e gatos suspeitos de raiva em observação;
- 5 - Tratar com medidas específicas pessoas agredidas por animais suspeitos de raiva.

PROGRAMA DE CONTROLE DA HIDATIDOSE

A Hidatidose é uma doença endêmica no Rio Grande do Sul, atingindo a população da Região da Campanha, especialmente dos municípios que fazem fronteira com o Uruguai e a Argentina e seus limítrofes, onde a exploração pecuária da ovinocultura e bovinocultura são expressivas. Essa zoonose constitui-se em grave problema para a saúde humana e animal. No homem, pode causar lesões severas no fígado, nos pulmões, nos rins, no baço e, inclusive, no cérebro. Na área animal acarreta enormes prejuízos econômicos.

O homem adquire a Hidatidose pela ingestão do ovo do **Echinococcus granulosus** através de alimentos contaminados ou em contato direto com cães parasitados, que são os hospedeiros definitivos. A forma larval, o **Cisto Hidático**, é encontrada nos herbívoros (ovinos, bovinos, caprinos, eqüinos), nos suínos e no homem, em praticamente todos os órgãos, principalmente no fígado e pulmões. Quando se localiza em órgãos vitais, como sistema nervoso central e coração, pode determinar seqüelas graves e até mesmo a morte do hospedeiro.

Em janeiro de 1993 foi constituída oficialmente uma comissão paritária para o controle da Hidatidose no Estado do Rio Grande do Sul, integrada pelo Ministério da Agricultura e Reforma Agrária, pela Fundação Nacional de Saúde/RS do Ministério da Saúde, pelo Departamento de Produção Animal e EMATER/RS da Secretaria da Agricultura e Abastecimento e pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, com assessoria da Universidade Federal de Santa Maria, cabendo a cada instituição projetos específicos dentro de sua área de responsabilidade.

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a morbi-mortalidade por hidatidose mediante o controle da *Equinococose canina*.

B - Específicos:

1 - Interromper o ciclo de transmissão da hidatidose entre o hospedeiro definitivo (cão) e o homem, adotando medidas preventivas na área humana, e de controle na área animal;

2 - Diagnosticar e tratar casos de hidatidose.

II - POPULAÇÃO ALVO

A - Humana:

Indivíduos de todas as idades da área rural da Região da Campanha, Regiões da Fronteira com o Uruguai e municípios adjacentes, que tem como atividade a criação de ovinos e bovinos e que utilizam, no manejo desses animais, o pastoreio com cães e, ainda, a criação de suínos;

B - Animal:

Cães da área rural, especialmente nas áreas endêmicas.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

1 - Educar e orientar a população alvo com relação a hidatidose e as medidas para sua prevenção e controle;

2 - Investigar casos humanos suspeitos de hidatidose;

5 - Encaminhar para tratamento casos humanos de hidatidose.

PROGRAMA DE CONTROLE DA LEPTOSPIROSE

A Leptospirose é uma doença infecciosa aguda que acomete o homem e os animais, de caráter sazonal, causada por microorganismos pertencentes ao gênero *Leptospira*.

É uma zoonose endêmica transmitida por animais vertebrados, principalmente alguns roedores sinantrópicos, tais como o *Rattus norvegicus*, mais conhecidos por ratazanas ou ratos de esgoto, e o *Rattus rattus*, conhecidos por rato preto ou rato do telhado. As ratazanas e os ratos são considerados reservatórios ecológicos da Leptospirose, ou seja, não desenvolvem os sintomas dessa zoonose.

A doença ocorre tanto na área rural como na urbana e está intimamente relacionada aos períodos de chuvas, quando costuma aumentar a incidência de casos. Adquire um caráter mais severo nas grandes aglomerações humanas de baixa renda, que moram à beira de córregos e em zonas alagadiças, em locais desprovidos de saneamento básico, em condições inadequadas de higiene e habitação, que propiciam a coabitação com roedores. Estes encontram água, abrigo e alimento necessário à sua proliferação e, ao mesmo tempo, contaminam o meio ambiente.

A infecção humana pela *Leptospira* resulta da exposição direta ou indireta à urina de animais infectados. É muito rara a transmissão de uma pessoa para outra. A penetração do microorganismo se dá através da pele lesada ou mucosas da boca, narinas e olhos, podendo ocorrer através da pele íntegra, quando imersa em água por longo tempo. O período de incubação varia de um a vinte dias, sendo em média de sete a quatorze.

No Rio Grande do Sul, o coeficiente de incidência no ano de 1993 foi de 0,94 casos/100.000 habitantes, no ano de 1994, foi de 1,71 casos/100.000 habitantes e no ano de 1995, até o mês de outubro, foi de 1,43 casos/100.000 habitantes.

A letalidade da doença depende da gravidade da forma clínica, da precocidade do diagnóstico e do tratamento, e da idade do paciente. No Brasil, situa-se entre 7,4% e 20,7%. No Rio Grande do Sul, no ano de 1992 foi de 23,4%, em 1993 de 14,7%, em 1994 15,5% e em 1995, até o mês de outubro, foi de 11,7%.

Como os animais são os responsáveis pela persistência dos focos de infecção, as medidas para o controle dessa enfermidade devem ser direcionadas ao combate de

ratazanas e ratos, bem como para a profilaxia da doença em animais domésticos, que também podem se constituir em reservatórios.

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a morbi-mortalidade por leptospirose.

B - Específicos:

1 - Prevenir a infecção pela *Leptospira* no homem, exercendo controle sobre o reservatório do agente infectante na natureza e adotando medidas de proteção para as populações de risco;

2 - Diagnosticar e tratar precocemente pessoas acometidas pela doença.

II - POPULAÇÃO ALVO

1- Trabalhadores exercendo profissões consideradas de alto risco, tais como tratadores de animais, plantadores de arroz, cortadores de cana-de-açúcar, magarefes (açougueiros), limpadores de esgoto, garis, mineiros, agricultores em áreas alagadiças e outros.

2 - Indivíduos que vivem em precárias condições de habitação e de saneamento básico ou que residem ou trabalham em áreas expostas à inundações, água e lama.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

1 - Educar e orientar a população com relação a leptospirose e as medidas para sua prevenção e controle;

2 - Controlar reservatórios de roedores;

3 - Investigar casos humanos suspeitos de leptospirose;

4 - Tratar casos humanos de leptospirose.

PROGRAMA DE CONTROLE DE SIMULÍDIOS

I - OBJETIVOS

A - Geral:

Reduzir a morbidade pelo ataque dos simulídeos.

B - Específicos:

1 - Promover ações de educação, conscientização e recuperação ambiental;

2 - Realizar o controle biológico do inseto com a utilização do *Bacillus thuringiensis variedade israelensis (BTI)*;

3 - Atender pessoas atingidas pelos insetos.

II - POPULAÇÃO ALVO

A população geral, das áreas rural e urbana, residente em municípios que apresentam condições ambientais de desenvolvimento do inseto, tais como águas correntes e encachoeiradas.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

1 - Educar a população com relação aos simulídeos e as medidas para seu controle;

2 - Monitorar o meio ambiente e adotar medidas de preservação ambiental;

3 - Executar levantamento hidrográfico, construir medidores de vazão e aplicar os produtos recomendados para o controle.

12 - SAÚDE DO IDOSO

I - OBJETIVOS

A - Geral

Minimizar as conseqüências do processo de envelhecimento sobre a saúde física, mental e social dos idosos.

B - Específicos

- 1- Reduzir a segregação familiar do idoso relacionada com a marginalização social;
- 2- Reduzir a morbidade hospitalar e a mortalidade por doenças/agravos prevalentes na faixa etária;
- 3- Diminuir a institucionalização indiscriminada;
- 4- Melhorar o desempenho das instituições de atendimento ao idoso.

II - POPULAÇÃO ALVO

- 1- Todos os idosos que buscam atendimento nas unidades de saúde do setor público;
- 2- Todos os idosos institucionalizados e aqueles que participam de diferentes grupos de convivência não vinculados a unidades de saúde.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE

- 1- Desenvolver ações preventivas para retardar ou evitar a marginalização e a segregação familiar do idoso;
- 2- Desenvolver ações em articulação com os demais Programas de Saúde, que previnam situações de risco, diagnostiquem e tratem doenças/agravos prevalentes no idoso;
- 3- Desenvolver ações que melhorem o desempenho das instituições fechadas que abrigam idosos.

13 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CONTROLE DA QUALIDADE DO SANGUE E HEMODERIVADOS

I - OBJETIVOS:

A - Gerais:

- 1- Garantir a qualidade e a segurança das transfusões de sangue e de seus componentes;
- 2- Prevenir a sensibilização dos receptores de sangue a antígenos transfundidos e minimizar as reações transfusionais.

B - Específicos:

- 1- Impedir a transmissão de doenças pela transfusão de sangue ou de seus componentes contaminados;
- 2- Evitar ou reduzir a indicação e o uso incorretos de sangue e de seus componentes.

II - ESTABELECIMENTOS ALVO:

Todos os estabelecimentos (*Unidades Hemoterápicas*) envolvidos nas atividades de coleta, processamento, armazenamento, distribuição e transfusão de sangue e componentes, quais sejam: *Serviços de Hemoterapia, Bancos de Sangue, Agências Transfusionais e Postos de Coleta.*

III - ATIVIDADES DE CONTROLE:

- 1- Licenciar, cadastrar, inspecionar, autuar Unidades Hemoterápicas;
- 2- Investigar casos suspeitos de transfusão contaminada e atender doadores impedidos.

CONTROLE DA QUALIDADE DOS ALIMENTOS

Os agravos que motivam a atividade de Vigilância Sanitária de Alimentos são as **Enfermidades Transmitidas por Alimentos (ETA)**. As ETAs são síndromes originadas pela ingestão de alimentos e/ou água que contenham agentes etiológicos e/ou suas toxinas em quantidades tais que afetem a saúde do consumidor individualmente ou a grupos da população.

No Rio Grande do Sul, no período de 1980 a 1994 foram registrados 776 Surtos de ETA . Estes eventos envolveram 46.819 pessoas das quais estima-se que 35.779 tenham adoecido.

Tendo em vista a sub-notificação de casos não é possível calcular o grau de representatividade destes números em relação ao universo de surtos.

Nos Estados Unidos da América, país que possui um dos melhores Sistemas de Informação, a notificação de ocorrências de ETAs alcança somente 20% dos casos, segundo estimativas oficiais. (OPAS/RIMSA9/INF/28)

No Rio Grande do Sul , no ano de 1993, o número de internações hospitalares por ETAs foi de 4.228 determinando um coeficiente de 45,49 casos/100.000 habitantes, e o coeficiente de mortalidade neste período foi de 0,04 casos/100.000 habitantes.

Sendo, portanto, estas enfermidades muito comuns em nosso meio , é necessário desencadear ações educativas, preventivas e de controle , por parte dos técnicos e auxiliares da SSMA , em todas as Regiões Sanitárias do Estado, de forma que o mesmo estabelecimento ou local de preparo não desencadeie a ocorrência de um novo surto. A investigação e análise das informações decorrentes das notificações são fundamentais para direcionar as ações de Vigilância Sanitária para os ramos de atividade comercial e/ou industrial que oferecem maior risco de desencadear ETAs, educar os manipuladores para prevenir os agentes etiológicos mais comuns e evitar os fatores determinantes ou causais.

I - OBJETIVOS:

A - Geral:

Evitar ou reduzir a morbi-mortalidade por enfermidades transmitidas por alimentos (ETAs).

B - Específicos:

- 1- Identificar os pontos críticos dos fluxos de produção, transporte, acondicionamento e exposição dos alimentos e aplicar a legislação específica para evitar e/ou corrigir os fatores causais (determinantes);
- 2- Implantar e manter um sistema de notificação e de investigação epidemiológica de todas as ocorrências suspeitas;
- 3- Estabelecer medidas de controle em relação aos surtos notificados;
- 4- Diagnosticar e tratar, precoce e corretamente, as vítimas de surtos.

II - ESTABELECEMENTOS E POPULAÇÃO ALVOS:

- 1- Estabelecimentos comerciais da área de alimentos, especialmente de produtos de confeitaria, restaurantes com serviço de buffet, cozinhas industriais, supermercados, lancherias; ambulantes e veículos de transporte de alimentos;
- 2- Participantes de refeições suspeitas (comensais) e manipuladores de alimentos.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE:

- 1- Licenciamento, cadastrar, inspecionar e autuar estabelecimentos comerciais e veículos de transporte de alimentos de circulação municipal;
- 2- Identificar e apreender alimentos inadequados para consumo;
- 3- Coletar amostras de alimentos suspeitos para exames bromatológicos;
- 4- Coletar espécimes clínicos de comensais e manipuladores para análise clínica;
- 5- Encaminhar para tratamento em ambiente adequado os indivíduos acometidos.

CONTROLE DA QUALIDADE DA ÁGUA

É amplamente reconhecida a importância da água como veículo de prevenção e também de disseminação de doenças.

Assim, é necessário que a população tenha acesso a esse precioso líquido em quantidade e qualidade tais, de forma a garantir que a água auxilie na manutenção da saúde humana, não vindo a se transformar em veículo de transmissão de doenças, seja qual for a fonte de abastecimento.

As doenças relacionadas com a água podem ser separadas em dois grupos:

- as doenças de veiculação hídrica são transmitidas através de microorganismos patogênicos que atingem a água através dos excretas de pessoas ou animais infectados.
Exs.: cólera, febre tifóide, desintéria bacilar, hepatite infecciosa.
- as doenças causadas por certas substâncias (denominadas contaminantes tóxicos) presentes na água em teores inadequados.

Exs.: fluorose, saturnismo.

Considerando os Serviços Públicos de abastecimento de água dos 427 municípios do Rio Grande do Sul, 273 são operados pela CORSAN, 5 por Autarquias Municipais (DMAE, SEMAE, SAMAE, SANEP e DAE) e 149 por Sistemas Municipais Autônomos.

Ao Serviço Produtor (CORSAN, Autarquia, Prefeituras Municipais e particulares) cabe exercer o controle de qualidade do produto que distribui, cabendo à autoridade Sanitária o exercício da Vigilância Sanitária sobre este produto, com a verificação da conformidade com os padrões de potabilidade bem como a tomada das ações necessárias no caso da água não atender os padrões estabelecidos.

Desta forma, as ações básicas a serem desenvolvidas pelo Setor de Vigilância da Qualidade da Água referem-se a quatro Sistemas de Vigilância.

1) Sistema de Vigilância sobre o controle de qualidade realizado por Serviço de Abastecimento de Água (Públicos e Privados) no que se refere ao atendimento das Normas e Padrões de Potabilidade de Água para consumo humano estabelecidos pelo Decreto nº 79.367 de 9 de março de 1977 e Portaria nº 36/ GM de 19 de janeiro de 1990.

2) Sistema de Vigilância sobre os teores de flúor adicionados à água por Serviços de Abastecimento (Públicos e Privados) de acordo com a Lei nº 6.050 de 21 de maio de 1974, Decreto 76.872 de 22 de dezembro de 1975, Portaria nº 635/Bsb de 26 de dezembro de 1975 e Portaria nº 15/89 - SSMA de 20 de junho de 1989.

3) Sistema de Vigilância das Condições Sanitárias de Reservatórios de Água Potável de Prédios Coletivos de acordo com a Portaria nº 21/88 - SSMA de 19 de janeiro de 1988.

4) Sistema de Vigilância da qualidade da água de fontes alternativas de abastecimento utilizadas no Estado do Rio Grande do Sul (poços freáticos, poços tubulares, fontes) de acordo com Decreto nº 23.430 de 24 de outubro de 1974 e minuta de Portaria.

I - OBJETIVOS:

A - Geral:

Assegurar à população o fornecimento de água para consumo humano em condições ideais de potabilidade.

B - Específicos:

1- Controlar o cumprimento da legislação no que se refere à água distribuída à população por Sistemas de Abastecimento de Água (públicos e privados);

2- Assegurar que os reservatórios de água potável atendam as condições sanitárias de acordo com especificações legais;

3- Identificar fontes alternativas de abastecimento e assegurar que a qualidade da água esteja de acordo com a legislação vigente;

4- Zelar para que a população receba água fluoretada de acordo com legislação específica.

II - ESTABELECIMENTOS ALVO:

1- Serviços de abastecimento de água, fontes alternativas de abastecimento de água (poços tubulares profundos, poços freáticos, fontes) e reservatórios de água potável.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE:

1- Submeter a exame físico-químico e biológico a água fornecida à população por ETAs, poços artesianos e reservatórios;

2- Licenciar, cadastrar, inspecionar e autuar empresas de limpeza de reservatórios.

CONTROLE DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

O Setor de Controle de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde da Divisão de Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente tem como prioridade o controle dos estabelecimentos que prestam atendimento à população do Rio Grande do Sul.

Através de normas e requisitos para o licenciamento desses estabelecimentos, visa evitar agravos à saúde decorrentes da inadequação na capacidade física instalada e no seu funcionamento, atuando legalmente sobre as irregularidades detectadas nos mesmos, bem como sobre o exercício ilegal de profissões na área da saúde.

I - OBJETIVOS:

A - Geral:

Assegurar à população condições adequadas de funcionamento e higiene dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

B - Específicos:

1- Evitar o funcionamento dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde em desacordo com a legislação vigente;

2- Impedir que os profissionais de nível médio da área da saúde desempenhem suas funções sem a habilitação legal.

II - ESTABELECIMENTOS ALVO:

Todos os estabelecimentos envolvidos nas atividades de prestação de serviços na área de saúde.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE:

Licenciar, cadastrar, inspecionar e autuar Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

CONTROLE DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS, COSMÉTICOS E SANEANTES

I - OBJETIVOS:

A - Geral:

Assegurar que o fornecimento de produtos farmacêuticos e das especificações médicas seja feito por estabelecimentos habilitados e em conformidade com a legislação vigente.

B - Específicos:

1- Impedir a venda de produtos farmacêuticos por estabelecimentos não autorizados;

2- Identificar e impedir a venda de produtos farmacêuticos sem o registro no Ministério da Saúde;

3- Coibir a propaganda enganosa de produtos farmacêuticos;

4- Zelar pelo cumprimento da legislação sobre comercialização de produtos farmacêuticos, controlados ou não.

II - ESTABELECEMENTOS ALVO:

Farmácias (magistrais ou não), farmácias privadas de estabelecimentos de saúde públicos e privados (hospitais, clínicas e unidades de saúde), drogarias, distribuidoras de produtos farmacêuticos, supermercados, armazens, etc..

III - ATIVIDADES DE CONTROLE:

- 1- Licenciar, cadastrar, inspecionar e autuar estabelecimentos comerciais;
- 2- Apreender os produtos inadequados para consumo ou em situação irregular;
- 3- Fornecer talonário para prescrição de entorpecentes para os profissionais habilitados e cadastrados no município e fiscalizar o seu uso.

CONTROLE DE RADIAÇÕES IONIZANTES

I - OBJETIVOS:

A - Geral:

Minimizar, na área médica e odontológica, os efeitos nocivos sobre o organismo humano das radiações ionizantes, aplicando os princípios de radioproteção aos pacientes (em especial para mulheres em fase reprodutiva e as gestantes), trabalhadores ocupacionalmente expostos, público em geral e ao meio ambiente.

B - Específicos:

- 1- Evitar que os estabelecimentos que utilizam fontes emissoras de radiação ionizante funcionem sem licenciamento;
- 2- Fazer cumprir as medidas de proteção radiológica de pacientes, de trabalhadores ocupacionalmente expostos, de indivíduos do público, bem como do meio ambiente, por parte dos estabelecimentos;
- 3- Coibir a destinação inapropriada de lixo radioativo pelos estabelecimentos.

II - ESTABELECEMENTOS ALVO:

Serviços de radiologia médica, serviços de radiologia odontológica, serviços de medicina nuclear “in vivo” e radioimunoensaio, serviços de radioterapia (teleterapia e braquiterapia), clínicas médicas com raios X, clínicas odontológicas com raios X, clínicas médicas com medicina nuclear “in vivo” e radioimunoensaio, clínicas médicas com radioterapia, (teleterapia e braquiterapia) e clínicas veterinárias com raios X.

III - ATIVIDADES DE CONTROLE:

Licenciar, cadastrar, inspecionar e autuar serviços ou clínicas de/com radiologia, medicina nuclear e radioterapia.

**ESQUEMA DE IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS DO DAS
1996-1998**

SEÇÃO \ DRS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	14	15	16	18
S. Criança	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦
S. Crôn + S. Idoso	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+
S. Zoonoses	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕
S. Mulher	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦
S. Bucal	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+
S. AIDS + S. DST	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕
S. Pneumologia	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦
S. Mental	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+
S. Ocupacional	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕
S. Dermatologia	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦
DCDTA	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+
DVS	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕	+	✦	✕
No. de Municípios	23	43	14	23	40	50	15	23	22	29	22	24	50	32	17

Observação:

Cinco visitas por ano por Seção

Quatro visitas por ano por DRS

✕ 1996

+

✦ 1998

ANEXO II

COMPETÊNCIA DOS MUNICÍPIOS NAS ATIVIDADES DO ELENCO BÁSICO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. CONTROLE DA ÁGUA

1. Inspecionar SAA, poços, fontes e reservatórios de água potável;
2. Licenciar e cadastrar empresas de limpeza e desinfecção de reservatórios de água potável;
3. Licenciar e cadastrar serviços de abastecimento de água (SAA) privado;
4. Controlar a potabilidade da água em SAAs, poços, fontes e reservatórios, através de leituras diárias de cloro e da coleta de amostras para análise fiscal, encaminhando-as ao laboratório de referência do Estado;
5. Coletar amostras de água mensalmente para análise da taxa de flúor na rede de abastecimento público, e encaminhá-las para exame ao laboratório de referência do Estado;
6. Autuar os prestadores de serviço em situação irregular;
7. Encaminhar relatório das atividades desenvolvidas, através do Boletim de Vigilância e Controle (BVC) e os formulários de Cadastro de estabelecimentos para as DRS, mensalmente.

2. CONTROLE DE ALIMENTOS

1. Inspecionar, licenciar e cadastrar estabelecimentos comerciais (supermercados, bares, restaurantes, lancherias, açougues, fruteiras, hotéis, comércio ambulante, etc.);
2. Inspecionar, licenciar veículos para transporte de alimentos de circulação municipal;
3. Coletar amostras de alimentos para análise, quando solicitado pelas DRS;
4. Investigar enfermidades transmitidas pôr alimentos;
5. Apreender alimentos inadequados para o consumo;
6. Autuar estabelecimentos em situação irregular;

7. Encaminhar relatório das atividades desenvolvidas, através do Boletim de Vigilância e Controle (BVC) e os formulários de Cadastro de estabelecimentos para as DRS, mensalmente.

3. CONTROLE DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

1. Inspecionar, licenciar e cadastrar o elenco básico de estabelecimentos de saúde;

2. Autuar estabelecimentos em situação irregular;

3. Encaminhar relatório das atividades desenvolvidas, através do Boletim de Vigilância e Controle (BVC) e os formulários de Cadastro de estabelecimentos para as DRS, mensalmente.

4. CONTROLE DO SANGUE

1- Inspecionar, licenciar e cadastrar unidades hemoterápicas;

2. Enviar os boletins diários de doadores de sangue semanalmente para as DRS, (sistema informatizado);

3. Enviar os boletins mensais de utilização de sangue mensalmente para as DRS, (sistema informatizado);

4. Enviar o relatório de utilização de sangue mensalmente para as DRS, (sistema não informatizado);

5. Atender doadores impedidos;

6. Investigar casos suspeitos de transfusão contaminada;

7. Autuar unidades hemoterápicas em situação irregular;

8. Encaminhar relatório das atividades desenvolvidas, através do Boletim de Vigilância e Controle (BVC) e os formulários de Cadastro de Estabelecimentos para as DRS, mensalmente.

I- Requisitos para Enguadramento dos Municípios

Comprovação da capacidade para desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme Anexo I, através dos seguintes documentos:

- Descrição da estrutura operacional e de equipamentos para executar as atividades de Vigilância Sanitária;

- Relação dos funcionários treinados pela DRS ou Nível Central, para executar atividades de Vigilância Sanitária (elenco básico);

- Ato de designação destes funcionários para executar atividades de Vigilância Sanitária (elenco básico);
- Carta-compromisso de enviar mensalmente para a DRS os documentos do Sistema de Informação, hoje preliminarmente formado por:
 - 1 - Cadastro de estabelecimentos;
 - 2 - Boletim de Vigilância e Controle (este documento tem como objetivo informar as ações de VISA desenvolvidas pelo município);
 - 3 - Boletins de doadores de sangue;
 - 4 -Relatório de utilização de sangue;

II - Recursos Humanos necessários :

- 1 (um) Técnico de nível superior treinado em VISA;
- 1 (um) Fiscal sanitário treinado em VISA.

Observação: O técnico de nível superior não necessita ser exclusivamente para a execução das atividades de Vigilância Sanitária, podendo executar, também, outras atividades de saúde.

III - Recursos materiais necessários:

- 1 (um) termômetro para aferir a temperatura dos alimentos (-20° a +80° C);
- 1 (um) kit para teste de cloro em água;
- 1 (um) veículo disponível quando necessário;
- 1(uma) linha telefônica disponível quando necessária;
- 1(um) micro computador disponível quando necessário.

COMPETÊNCIA DOS MUNICÍPIOS NAS ATIVIDADES DO ELENCO COMPLETO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O elenco completo das atividades de Vigilância Sanitária compreendem os elencados no Anexo I e mais os que seguem:

1. CONTROLE DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

1. Inspecionar, licenciar e cadastrar o elenco completo de estabelecimentos de saúde;
2. Autuar estabelecimentos em situação irregular;
3. Registrar certificados de profissionais de saúde de nível médio;
4. Encaminhar relatório das atividades desenvolvidas, através do Boletim de Vigilância e Controle (BVC) e dos formulários de Cadastro de estabelecimento para as DRS, mensalmente.

2. CONTROLE DE MEDICAMENTOS, CORRELATOS, COSMÉTICOS E SANEANTES

1. Inspecionar, licenciar e cadastrar estabelecimentos comerciais (farmácias, drogarias, distribuidoras, etc.);
2. Fornecer talonário para prescrição de entorpecentes para os profissionais habilitados e cadastrados no município;
3. Coletar amostras de medicamentos, correlatos, cosméticos e saneantes para análise, quando solicitado pelas DRS;
4. Apreender o produto inadequado para consumo ou em situação irregular;
5. Autuar estabelecimentos em situação irregular;
6. Fornecer visto em notas fiscais de produto sob regime especial de venda;
7. Encaminhar relatório das atividades desenvolvidas, através do Boletim de Vigilância e Controle (BVC) e os formulários de Cadastro de estabelecimentos para as DRS, mensalmente.

3. CONTROLE DE RADIAÇÕES

1. Inspecionar, licenciar e cadastrar serviços de radiologia, medicina nuclear, radioterapia etc;
2. Autuar serviços em situação irregular;
3. Encaminhar relatório das atividades desenvolvidas, através do Boletim de Vigilância e Controle (BVC) e os formulários de Cadastro de estabelecimentos para as DRS, mensalmente.

I - Requisitos para Enguadramento dos Municípios

Comprovação da capacidade para desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme Anexos I e II, através dos seguintes documentos:

- Descrição da estrutura operacional e de equipamentos para executar o elenco completo das atividades de Vigilância Sanitária ;
- Relação dos funcionários treinados pela DRS ou Nível Central, para executar atividades de Vigilância Sanitária (elenco completo)
- Ato da designação destes funcionários para executar atividades de Vigilância Sanitária (elenco completo);
- Manter o compromisso formal de enviar para a DRS, os documentos do Sistema de Informação, hoje preliminarmente formado por:
 - 1 - Cadastro de estabelecimentos;
 - 2 - Boletim de Vigilância e Controle (este documento tem como objetivo informar as ações desenvolvidas pelo município);
 - 3 - Boletins de doadores de sangue;
 - 4 -Relatório de utilização de sangue;

II - Recursos humanos necessários :

- Técnico de nível superior treinado e exclusivo para as atividades de VISA;
- Fiscal sanitário treinado em VISA.

Observação: O número de profissionais deve ser o considerado suficiente para a execução de todas as atividades de vigilância sanitária, levando-se em consideração o número de estabelecimentos existentes e a sua complexidade.

III - Recursos materiais necessários:

- 1 (um) termômetro para aferir a temperatura dos alimentos
- (-20° a +80° C);
- 1 (um) kit para teste de cloro em água;
- 1 (uma) veículo exclusivo ou disponível quando necessário;
- 1(uma) linha telefônica exclusiva;
- 1(um) micro computador exclusivo ou disponível quando necessário.

projetos possa ser mais oneroso quando a ponta da rede se localiza distante da área a ser beneficiada, existe a vantagem da qualidade da água, geralmente já tratada, e a manutenção do sistema que cabe ao serviço de água local. Como a população alvo do Programa é de baixa renda, tem se contado com a compreensão dos órgãos administradores dos sistemas para cobrança de tarifas sociais menores que a tarifa normal do serviço. Quando da implantação deste tipo de serviço, é prevista sempre a ligação domiciliar de água.

ANEXO III

PROSAN

EQUIPAMENTOS E/OU SISTEMAS EMPREGADOS PELO PROGRAMA

MÓDULO SANITÁRIO MODELO PROSAN

Conjunto compacto constituído de abrigo construído em placas de concreto pré-moldadas e cobertura em telhas de cimento amianto, medindo 0,95 x 1,60 m na área do piso e 1,80 m de altura, com fossa séptica que serve de base para o módulo e fossa absorvente, ambas construídas também de placas pré-moldadas em concreto. O módulo serve de abrigo para a bacia sanitária, caixa de descarga e chuveiro. Junto à parede externa, o tanque de lavagem de roupa serve também como lavatório para a higiene pessoal. O equipamento é implantado sempre que haja instalação de água corrente ou condições para suprir esta deficiência.

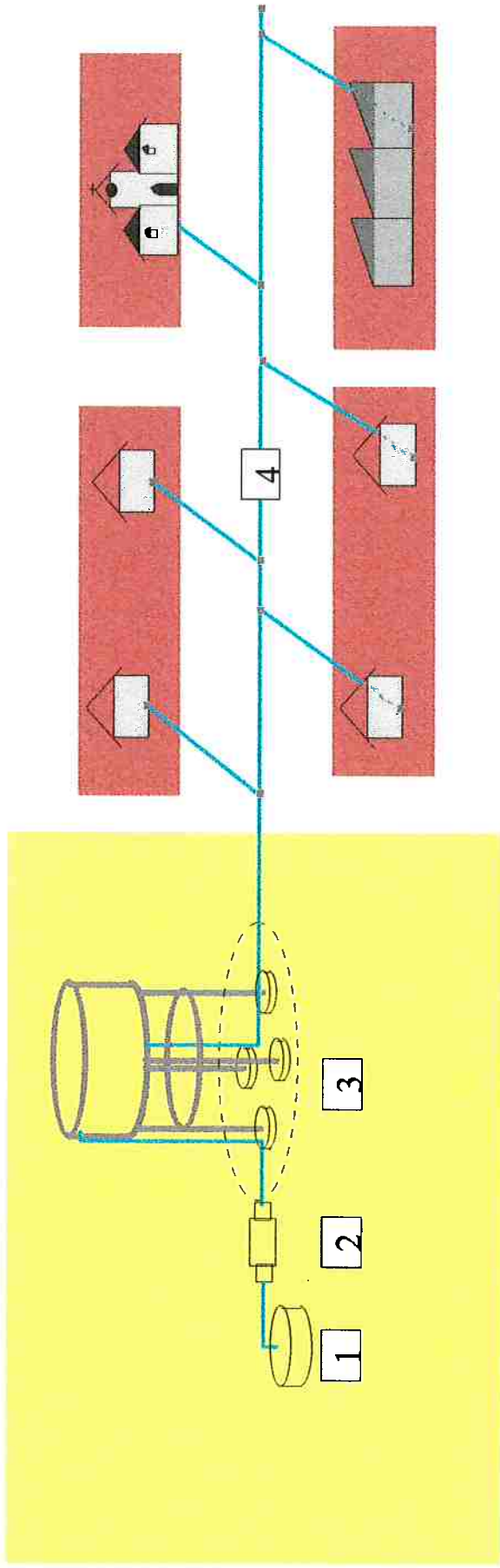
SISTEMA SIMPLIFICADO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Na área rural, o Programa atua no financiamento de sistemas na faixa de população de 10 a 100 famílias, já que a partir desse número de população, os projetos passam a ser do interesse da instituição estadual de saneamento - CORSAN. Como os recursos disponíveis têm sido apenas para aquisição de materiais e equipamentos, a prioridade a ser seguida é de atenção àquelas comunidades que já possuem poços tubulares profundos ou outro manancial aproveitável, como fontes e vertentes naturais. A Prefeitura apresenta o projeto que, atendendo todos os requisitos técnicos, é aprovado pelo PROSAN. Uma vez concluído, o Sistema é entregue à Prefeitura ou à Comunidade que se encarrega da manutenção.

EXTENSÃO DE REDE DE ÁGUA

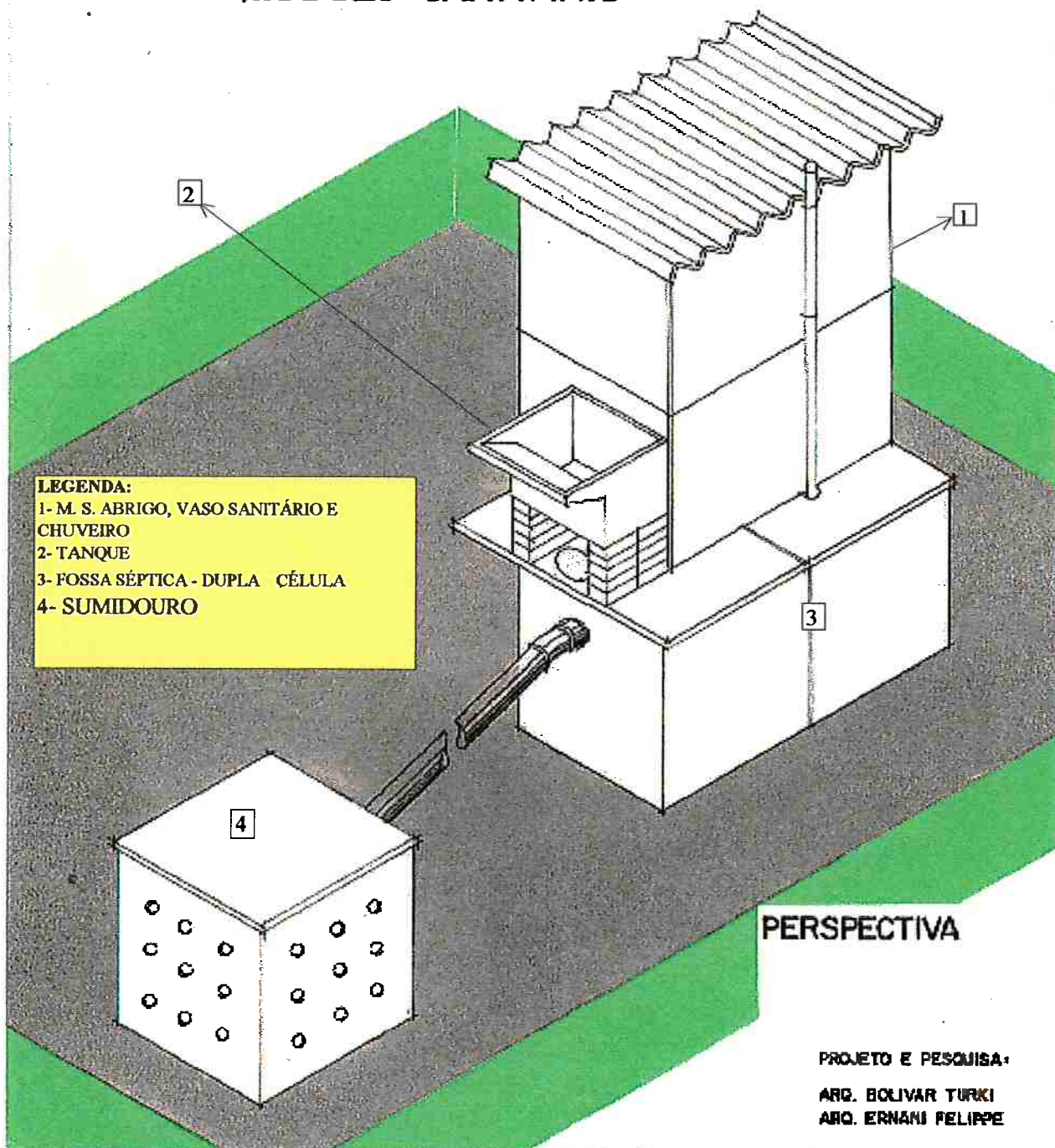
Nas áreas periféricas dos centros urbanos, a preferência do Programa tem sido por executar extensão da rede pública existente. Embora o custo inicial dos

SISTEMA SIMPLIFICADO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA (DESENHO ESQUEMÁTICO)



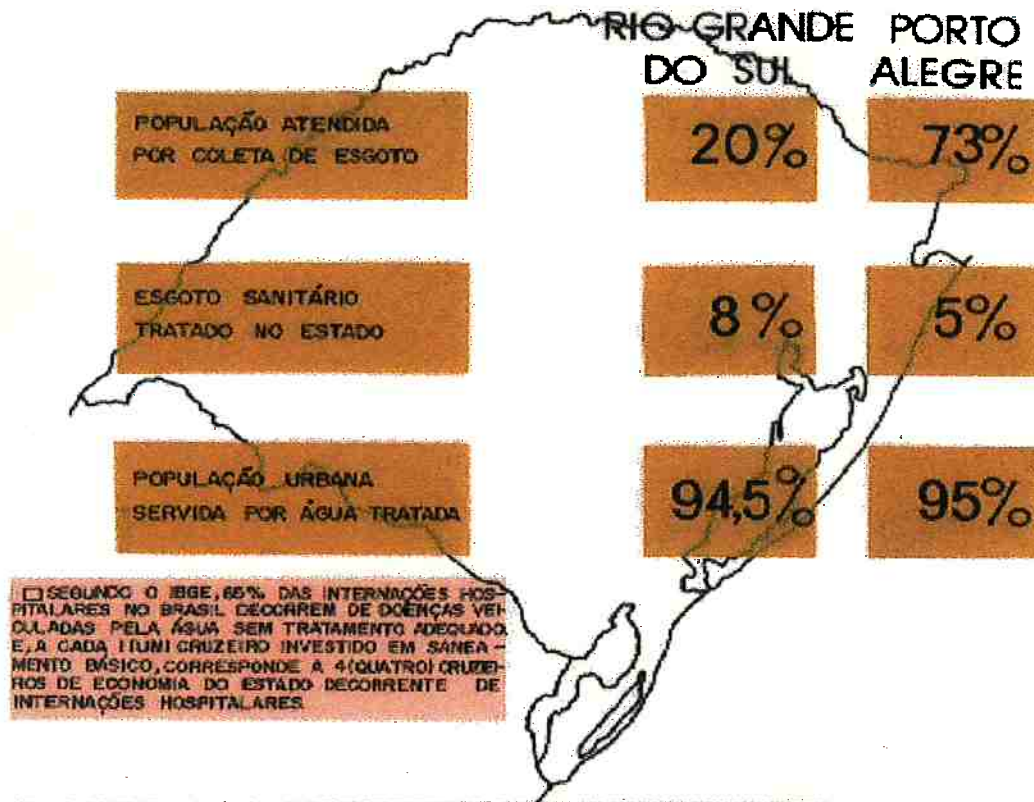
- LEGENDA**
- 1- Poço profundo
 - 2- Recalque
 - 3- Reservação
 - 4- Rede de distribuição

MÓDULO SANITÁRIO



PROSAN

SANEAMENTO BÁSICO



FONTE: IBGE / CAMES / GORSA / DNAE / PROSAN

PRINCIPAIS DOENÇAS RELACIONADAS COM A ÁGUA

DOENÇAS	OCORRÊNCIA
CÓLERA	EM VÁRIOS ESTADOS
FEBRE TIFOIDE	FREQUENTE NO BRASIL
ESQUISTOSSOMOSE	DIFUNDIDA ESPECIALMENTE NO NORDESTE
HEPATITE INFECCIOSA	DIFUNDIDA NO MUNDO
POLIOMIELITE	DIFUNDIDA NO MUNDO
ANCILOSTOMOSE	MUITO DIFUNDIDA NO BRASIL
AMEBIASE	ATINGE 50% DA POPULAÇÃO ONDE NÃO HÁ SANEAMENTO

SEGUNDO, A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), A PRECARIIDADE DO SANEAMENTO É RESPONSÁVEL POR 80% DAS DOENÇAS QUE AFETAM A POPULAÇÃO BRASILEIRA E POR 65% DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES. NO BRASIL, 64 EM CADA MIL CRIANÇAS MORREM ANTES DE COMPLETAR UM ANO POR CAUSA DE DOENÇAS PROVOCADAS PELA FALTA DE SANEAMENTO BÁSICO.

FONTE: OMS

ANEXO IV
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - RIO GRANDE DO SUL
ABRIL/97

PLANEJAMENTO DE ATIVIDADES POR ÁREA DE ATUAÇÃO

Área: Controle de Doenças Transmitidas por Vetores e Reservatórios

Programa: Controle da Doença de Chagas

1. Objetivos

- Executar ações que evitem o contato do vetor com o homem no ambiente domiciliar, através do emprego sistematizado de inseticida de ação residual nas habitações infestadas - controle vetorial químico - considerando-se o comportamento e hábitos das espécies de triatomíneos.
- Melhorar as condições de habitação, evitando a colonização das espécies - controle vetorial físico.
- Pesquisar o uso de agentes biológicos - inibidores do crescimento (hormônios juvenis e substâncias análogas) como inseticidas, para servir como recurso complementar ao controle químico
- Controlar a Transmissão Transfusional - Melhoria da qualidade do sangue transfundido, através da triagem de doadores, com exclusão dos sorologicamente positivos.
- Controlar a Transmissão Congênita - Análise da transmissão transplacentária, para determinação da importância na produção de casos e manutenção da endemia, através da detecção precoce da infecção nos conceptos de mães chagásicas e tratamento específico.

2. Situação Atual

A área endêmica para Chagas abrange uma extensão territorial de 197.059 Km², compreendendo 216 municípios, definida através da realização do Inquérito Sorológico Nacional.

Das espécies existentes, a de maior importância no estado em relação à transmissão da doença é o *Triatoma infestans*, motivo pelo qual as atividades estão direcionadas ao PETi - Plano de Eliminação do *Triatoma infestans*.

Como forma de avaliar o impacto na transmissão da Doença, foi realizado Inquérito Sorológico Escolar (94 - 96), para verificar a prevalência da infecção em

grupos etários jovens na área rural. Foram avaliados 156 municípios que encontravam-se em fase de Vigilância Entomológica, sendo que 73 apresentaram sorologia positiva para Chagas. Das 33.262 amostras examinadas, foram confirmados 188 casos positivos, indicando prevalência de 0,6%, o que demonstra índices compatíveis com a interrupção da transmissão vetorial, apontando que a intervenção com inseticida no combate ao vetor tem sido eficaz.

Através da investigação epidemiológica dos casos positivos, foram coletados dados que estão sendo avaliados, visando identificar as prováveis fontes de transmissão, além da vetorial. Também foram coletadas amostras dos familiares dos soropositivos, sendo conduzidas para tratamento, todas as crianças menores de 14 anos, confirmados através da sorologia.

A implementação de centros de atendimento ao chagásico, viabilizou e ampliou o atendimento clínico, garantindo o tratamento dos escolares soropositivos e familiares. Foram equipados os laboratórios regionais em Alegrete e Santa Maria, o laboratório municipal de Porto Alegre e os centros de atendimento primário, Santa Maria, Alegrete e Porto Alegre) e o Centro de Referência Estadual - Instituto de Cardiologia em Porto Alegre.

Está em andamento, estudo para avaliação sorológica de gestantes para Doença de Chagas, no município de Alegrete, cujos resultados preliminares obtidos serão utilizados para o desenvolvimento de um Projeto de Monitorização da Gestante Chagásica e Recém-nascido nas áreas de maior prevalência da doença.

3. Metodologia/Estratégias

O Programa de Controle da Doença de Chagas - PCDCCh, no estado do Rio Grande do Sul, é realizado a nível de localidades - subdivisões de municípios. A programação de atividades é feita anualmente, porque a definição do trabalho a ser realizado depende do resultado da atividade anterior. A técnica utilizada é de dois ciclos semestrais de borrifação em todas as Unidades Domiciliares das localidades positivas para a presença do *Triatoma infestans*. A técnica utilizada para pesquisa e borrifação direciona o trabalho para locais prováveis de fonte alimentar dos triatomíneos e seus abrigos usuais, o que torna o trabalho objetivo, otimizando as atividades de campo. Para localidades negativas, as atividades desenvolvidas referem-se a:

- monitoramento da presença do vetor nos domicílios, através de um sistema estruturado de notificação pela população aos Postos de Informações de Triatomíneos,
- monitoramento da infecção na população humana através dos inquéritos sorológicos,
- conhecimento, notificação e investigação de casos agudos.

4. Metas para 97

Atividades regulares de pesquisa e borrifação

	pesquisa	borrifação	total
municípios	132	7	139
localidades	1.516	12	1.528
unidades domiciliares	82.995	1.034	84.029

Atividades exclusivas de vigilância entomológica

	monitoramento através de PIT
localidades	10.013
unidades domiciliares	672.036

PIT - Postos de Informações Triatomínicas

Capacitacao de Recursos Humanos

Atividade	Qtde. participantes
Treinamentos	50
Reciclagem	350
Participação em congressos	10
Seminários	540
Oficinas de Trabalho	120
Encontros Técnicos	120
Reuniões Técnicas	120
Realização de Estágios	10

Programa Controle da Febre Amarela e Dengue

1. Objetivos

- Manter erradicada a forma urbana da Febre Amarela
- Manter sob controle a forma silvestre da Febre Amarela
- Reduzir o risco de transmissão de Dengue
- Evitar surtos epidêmicos do Dengue
- Buscar a erradicação do *Aedes aegypti*, vetor da Febre Amarela e Dengue

2. Situação Atual

Com o objetivo de identificar a presença do *Aedes aegypti* ou *Aedes albopictus* no estado, durante o ano de 96 foi realizado o levantamento de índice prioritariamente em 28 municípios, por apresentarem condições mais vulneráveis à presença do vetor. Em 95 foi detectada a presença de focos larvários do mosquito em um município, e em 96 foram identificados e delimitados focos em mais dois municípios. Nos primeiros meses de 97, foi detectado *Aedes aegypti* em mais 3 municípios dentro de um programa operativo que prevê o LI - Levantamento de Índice) em 467 municípios do estado.

A vigilância epidemiológica é realizada pela Secretaria Estadual de Saúde , com a confirmação de 9 casos de Dengue, todos importados de áreas endêmicas fora do estado.

A atividade de vacinação contra a Febre Amarela está sob a responsabilidade do programa estadual de vacinação da Secretaria Estadual de Saúde, sendo que para 97 está prevista a intensificação da vacinação nos municípios positivos para o vetor.

Considerando que o êxito de qualquer programa depende da participação integrada da comunidade, o Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue - PCFAD, vem trabalhando com Educação em saúde, dando apoio logístico e técnico nos treinamentos dos agentes de saúde municipais e de educadores de saúde, através do trabalho com as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação. O componente manejo do ambiente é ressaltado não apenas através das ações integradas à pesquisa de focos e tratamento químico, como eliminação de criadouros no ambiente domiciliar, mas pela coleta do lixo urbano, regular ou através de mutirões de limpeza, buscando a integração e conscientização da comunidade.

3. Metodologia/Estratégias

As atividades operacionais programadas estão em consonância com o Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti*, onde será realizado o monitoramento entomológico através de:

Pesquisa Entomológica

- levantamento de índice - pesquisa larvária para conhecimento da infestação e da densidade dos vetores
- pesquisa em pontos estratégicos - local onde há concentração de depósitos de tipo preferencial para a desova dos vetores, ou locais especialmente vulneráveis à introdução dos vetores
- pesquisa em armadilhas - depósitos dispostos em locais considerados porta de entrada do alado, como portos fluviais, marítimos, aeroportos, terminais rodoviários, ferroviários, terminais de carga
- delimitação de foco - pesquisa larvária e tratamento em 100% dos imóveis incluídos em um raio de até 300m
- pesquisa vetorial especial - realizada em função de denúncia da presença do vetor em áreas não infestadas

Tratamento

- focal - aplicação de larvicida em todos os depósitos que contenham ou possam conter água
- perifocal - aplicação de inseticida adulticida de ação residual, por meio de aspersor manual, nas paredes externas de depósitos, de forma que essa superfície seja protegida
- tratamento de ultra baixo volume - restrito a epidemias, como forma complementar para promover a rápida interrupção da transmissão de Dengue ou de Febre Amarela, em áreas com circulação de vírus.

4. Metas para 97

Atividades Operacionais

	levantamento de índice	tratamento
localidades	607	2
imóveis	284.979	3.161

	pontos estratégicos	armadilhas	total inspeções
número de inspeções	43.382	39.116	82.498

Capacitacao de Recursos Humanos

Atividade	Qtde. participantes
Treinamentos	350
Reciclagem	50
Participação em congressos	5
Oficinas de Trabalho	120
Encontros Técnicos	40
Reuniões Técnicas	120
Realização de Estágios	4

Programa Controle do Bócio Endêmico Subprograma de Iodação do Sal

1. Objetivos

- Promover a iodação de 100% do sal destinado ao consumo humano e animal
- Evitar a deficiência mental, a surdo-mudez e o cretinismo endêmico
- Prevenir o Bócio Endêmico

2. Situação Atual

Desde setembro de 96, as atividades de coleta de amostra das indústrias beneficiadoras e análises do sal passaram a ser desenvolvidas junto ao LACEN/RS onde serão integradas, através da Divisão de Alimentos, ao Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde.

O Subprograma de Vigilância Epidemiológica visa quantificar os efeitos da iodação do sal sobre o nível endêmico da doença.

Como forma de avaliar o impacto do sub-programa de iodação do sal sobre a Endemia Bociosa, vem sendo realizado o inquérito clínico escolar. Foram trabalhados 12 municípios, tendo sido examinados 6.153 escolares, na faixa etária de 8 a 10 anos, indicando baixos índices de prevalência para Bócio grau I e II.

Para 97, estão programados os municípios-índice para realização do inquérito clínico, além da capacitação de técnicos da FNS, LACEN e SES, através de treinamento e reciclagem possibilitando a continuidade e implementação das atividades.

3. Metodologia/Estratégias

- Adicionar iodato de Potássio ao sal destinado ao consumo humano e animal, dentro da faixa recomendada pelo Programa (40 a 60 mg/Kg de sal)
- Manter atualizado o cadastro das indústrias
- Prestar assistência de supervisão às empresas envolvidas
- Fornecer iodato de Potássio à rede de produção
- Manter em pleno desempenho o sistema de coleta de amostras, análises e fluxo de informações

4. Metas para 97

Sistema de Vigilância Epidemiológica Inquérito Escolar

Municípios	Escolas programadas	Alunos a examinar	Amostras a colher
5	25	4.000	320

Atividades a executar no sub-programa Iodação do Sal

visitas de inspeção	sal a iodatar (ton)	KIO3 a distribuir (Kg)	amostras a analisar
312	90.000	7.650	4.560

Capacitacao de Recursos Humanos

Atividade	Qtde. participantes
Treinamentos	10
Realização de Estágios	2

Programa Controle da Malária

1. Objetivos

Prevenir a mortalidade pela doença, através do diagnóstico precoce e tratamento imediato de casos.

Manter ações de Vigilância, considerando que o estado está em área de baixo risco.

2. Situação Atual

A Malária é doença de notificação compulsória, tornando-se mais efetiva a vigilância deste agravo, apesar de constituir-se numa área sem risco devido à ausência de fatores geo-ecológicos que favorecem a presença permanente do anofelino.

O programa é conduzido pela Secretaria Estadual de Saúde, Divisão de Controle de Doenças Transmissíveis Agudas, contando com 32 Postos de Notificação, além dos hospitais-referência da capital e municípios de maior densidade populacional.

O diagnóstico laboratorial é feito por técnicos dos Distritos Sanitários da Fundação Nacional de Saúde e das Delegacias Regionais de Saúde, e a revisão de lâminas pelos servidores da FNS/RS no LACEN.

Os casos registrados são resultantes do processo migratório, sendo que há uma tendência decrescente dos casos notificados, mas aumento do coeficiente de letalidade, o que induz ao planejamento de capacitação dos técnicos envolvidos.

3. Metodologia/Estratégias

- Notificação da doença, através dos postos de notificação da Secretaria Estadual de Saúde
- Diagnóstico através de exames parasitológicos com a confirmação realizada pela Coordenação Regional
- Repasse de medicamentos para a Secretaria Estadual de Saúde
- Treinamento e reciclagem de técnicos envolvidos com a atividade
- Supervisão do Programa realizada pela Secretaria Estadual de Saúde

4. Metas para 97

Número de exames parasitológicos a realizar	400
Quantidade de medicamentos a distribuir	404.000
Capacitação de Recursos Humanos	50

Entomologia

1. Objetivos

Orientar e supervisionar os trabalhos entomológicos junto a área técnica da Coordenação Regional

Planejar e supervisionar as atividades de controle de vetores, em conjunto com as áreas técnicas, em consonância com as diretrizes dos programas de endemias desenvolvidos

2. Situação Atual

Atualmente são desenvolvidas apenas atividades de rotina - identificação e exame de larvas, atendendo as demandas dos Programas de Febre Amarela e Dengue, e Doença de Chagas, através de 4 laboratórios fixos e 2 laboratórios volantes.

Esta em implantação o Núcleo de Entomologia, com o objetivo de:

Integrar profissionais de varias instituições, para constituição da base do conhecimento para o controle de vetores, através da realização de ações conjuntas e orientação a pesquisas aplicadas.

3. Metodologia/Estratégias

Vigilância Entomologia, através da aplicação de armadilhas entomológicas, Postos de Notificação, e execução de ações específicas de cada Programa.

Busca de parceria com as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde para realização de ações conjuntas no combate a vetores.

4. Metas para 97

Constituição de um núcleo de entomologia

Obs. As metas deste programa, em relação a capacitação de recursos humanos, bem como desenvolvimento de atividades operacionais, estão descritas nos Programas de Chagas e Febre Amarela e Dengue.

Área: Saneamento

Programa Oficina Municipal de Saneamento

A Oficina Municipal de Saneamento é o espaço físico-organizacional utilizado para o desenvolvimento de atividades de saneamento, mais especificamente aquelas relacionadas às melhorias sanitárias domiciliares e treinamento de pessoal, funcionando em estreita articulação com a comunidade, buscando soluções para os problemas relacionados ao saneamento domiciliar ou coletivo de pequeno porte.

As melhorias sanitárias domiciliares compreendem a execução de ligações de água, banheiros, fossas, tanque de lavar roupas, pias de cozinha e outras benfeitorias de saneamento no domicílio.

Programa de Módulos Sanitários

Os módulos sanitários são conjuntos compostos de banheiro, tanque de lavar roupas, pia de cozinha, fossa séptica e sumidouro; o conjunto todo faz o saneamento do domicílio no que se refere à higiene pessoal e destino de águas servidas, imundas que se encaminhadas ao solo, às sarjetas e aos cursos de água, podem constituir focos perigosos de disseminação de moléstias graves.

O trabalho educativo é realizado junto à Oficina Municipal de Saneamento onde são repassados conhecimentos de higiene corporal e da habitação, manutenção do conjunto que constitui o módulo sanitário, ou seja, limpeza da caixa de gordura e fossa séptica.

Programa de Abastecimento Público de Água

Este programa objetiva levar água potável para as comunidades da parte urbana de nossos municípios. A água de má qualidade pode provocar várias doenças intestinais já que a água é nosso principal alimento.

O uso da água potável é uma necessidade e um direito de todos, sem distinção.

O trabalho educativo é realizado com orientação de limpezas de fontes drenadas e caixas de água repassadas à comunidade, mas sem esquecer que a responsabilidade da preservação, em qualidade e quantidade, é também de todos e de cada um nas comunidades, em cada local onde este bem esteja disponível.

Programa de Tratamento de Resíduos Sólidos Urbanos e Hospitalares

A má disposição de lixo, além de provocar a multiplicação de vetores perigosos, pode causar a contaminação de águas superficiais e subterrâneas, contaminação do solo e da água.

Este programa tem o objetivo de auxiliar as prefeituras a montar uma solução sob medida para seus problemas. Este modelo de gerenciamento deve constar da coleta de todo o lixo gerado de responsabilidade da prefeitura, dar um destino adequado para o lixo, buscar formas de tratamento para o lixo e fazer campanhas ou implantar programas educacionais voltados à conscientização pela limpeza da cidade e incentivar medidas que visem a diminuir a própria geração do lixo.

Metodologia/Estratégias

1. Solicitação da Prefeitura Municipal através de ofício à Coordenação Regional.
2. Visita in loco, com o objetivo de determinar as necessidades na área de Saneamento Básico da comunidade periférica do Município, e rural.
3. A Prefeitura Municipal elabora os projetos seguindo os critérios da Fundação Nacional de Saúde - Coordenação Regional do Rio Grande do Sul, e a envia a mesma. Os programas de distribuição pública de água potável, módulos sanitários e tratamento de resíduos sólidos urbanos e hospitalares necessitam de projeto e o programa de oficina municipal de saneamento requer apenas o ofício de solicitação.
4. O projeto é protocolado e incluído no planejamento do referido ano.
5. Os projetos são analisados pela Assessoria de Arquitetura e Engenharia da Unidade de Saneamento da Coordenação Regional, que emite parecer técnico. Caso seja desfavorável, o município é imediatamente comunicado para que façam as correções necessárias.
6. As solicitações serão atendidas de acordo com os recursos repassados pelo Ministério da Saúde a esta Coordenação, observando-se o perfil epidemiológico de cada município e a ordem de chegada dos projetos.
7. O repasse de recursos para o município é realizado mediante a celebração de um convênio ou repasse de materiais, sendo que a Prefeitura Municipal participa com uma contra partida de 20% e a FNS com 80% do recurso a fundo perdido.

8. A Unidade de Saneamento da Coordenação Regional, realiza vistorias para acompanhar a execução das obras e no final do tempo de convênio realiza a vistoria a fim de emitir o parecer conclusivo, restando a Prefeitura Municipal fazer a prestação de contas ao setor financeiro.

4. Metas para 97

Projeto	Número de Municípios a serem beneficiados
Abastecimento Público de Água	81
Módulos Sanitários	79
Oficinas Municipais de Saneamento	57
Resíduos Sólidos (lixo)	6

Área: informações em saúde

1. Objetivos Gerais

- Coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.
- Dar suporte técnico às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde nos sistemas desenvolvidos para a área.
- Apoiar a capacitação das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde para absorção dos sistemas de informações no seu nível de competência.
- Normatizar os procedimentos, softwares e ambientes de informática para uso dos sistemas desenvolvidos.
- Disseminar acesso às bases de dados nacionais do Sistema de informações em saúde, através dos meios de comunicação disponíveis.

Sistemas de Informação

I. Para Unidades de Saúde

SIGHO	Sistema de Gestão Hospitalar
SIGAE	Sistema de Gerenciamento de Unidades Ambulatoriais Especializadas
SINAT	Sistema de Informações Peri Natais
SICEC	Sistema de Informações de Centro Cirúrgico
SIGUE	Sistema de Gerenciamento de Urgência e Emergência
SIADT	Sistema de Informações Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
SIGAB	Sistema de Gerenciamento Ambulatorial Básico
PNI	Programa Nacional de Imunizações
BPA MAGNÉTICO	Boletim de Produção Ambulatorial
APAC	Apresentação de Procedimentos de Alta Complexidade
SISAIH01 (AIH em disquete)	Sistema de apoio à entrada de dados de AIH

Objetivos

- Operacionalizar o registro das informações de produção das Unidades de Saúde
- Otimizar a organização da Unidade, permitindo melhor atendimento ao cidadão
- Permitir melhor aproveitamento dos recursos da Unidade de Saúde
- Facilitar o faturamento dos procedimentos cobertos pelo SUS

II. Para Secretarias Municipais de Saúde

CMC	Central de marcação de consultas
CTF	Controle do Teto Financeiro
GRCAIH	Gerador de Relatório Contábil de AIH
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SGAIH	Sistema gerencial de AIH
SI-PACS	Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIGIS	Sistema de gerenciamento de informações de saúde
SISAIH02	Sistema de Consistência de AIH em disquete
SISAIH05	Sistema de Integração de AIH em disquete
VALAIH	Valores pagos de AIH
VALSIA	Valores pagos do SIA
VERSIA	Consistência da Produção Ambulatorial

Objetivos

- Permitir aos gestores municipais, o acesso às informações referentes às internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais, execução dos programas de saúde nas Unidades de Saúde do município
- Gerenciar os recursos financeiros repassados pelo SUS às Unidades de Saúde

III. Para Secretaria Estadual de Saúde

CTF	Controle do Teto Financeiro
GRCAIH	Gerador de Relatório Contábil de AIH
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SGAIH	Sistema de Gerenciamento de AIH
SI-PACS	Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIGIS	Sistema de Gerenciamento de Informações de Saúde
SISAIH02	Sistema de Consistência de AIH em disquete
SISAIH05	Sistema de Integração de AIH em disquete
VALAIH	Valores pagos de AIH
VALSIA	Valores pagos do SIA
VERSIA	Consistência da Produção Ambulatorial

Objetivo

- Permitir ao gestor estadual o acesso às informações referentes às internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais e execução dos programas de saúde nos municípios.

IV. Disseminação de Informações de Saúde

BBS	Bulletin Board System - Sistema de Quadro de Avisos
BDAIH	Banco de Dados de AIH
CD-ROM AIH	Internações Hospitalares mensais e anuais, em CD-ROM
CD-ROM MORTALIDADE	Informações sobre Mortalidade
CD-ROM SIA	Informações Ambulatoriais em CD-ROM
INTERNET	Rede mundial de computadores para acesso a informações
SINTESE	Sistema Integrado de Tratamento Estatístico de Séries Estratégicas
STM-400	Sistema de Tratamento de Mensagens - EMBRATEL
TAB	Programa Tabulador de Dados

Objetivo

- Democratizar as informações de saúde, tornando público o acesso aos dados de internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais e mortalidade.

V. Gestão Administrativa

SICON	Sistema de Controle de Material de Consumo
SIPER	Sistema de Controle de Material Permanente

Objetivo

- Oferecer informações essenciais para a gestão de bens patrimoniais, material de consumo às Unidades e Secretarias Municipais de Saúde.

VI. Sistemas da Instituição

FAD	Sistema de Controle do Programa de Febre Amarela e Dengue
INQCH	Sistema de Informações do Inquérito Sorológico de Chagas
PCD	Programa de Controle de Diárias e Passagens
PCDCH	Sistema de Controle do Programa de Combate à Doença de Chagas
PCT	Programa de Controle de Solicitações de Treinamento
PLANEJA	Sistema de Planejamento de Operações de Campo
SAP	Sistema de Administração de Pessoal
SCC	Sistema de Controle de Correspondência
MATCON	Sistema de Controle de Material de Consumo
MATPER	Sistema de Controle de Material Permanente
SISLOC	Sistema de Gerenciamento de Localidades

Objetivos

- Gerenciar recursos internos - humanos e materiais
- Facilitar o planejamento e controle das atividades operacionais de combate a endemias.

2. Situação Atual

Sistema	95	96
	Entidades	
SINAN	1 SES 1 US	5 DRS 2 SMS
SGAIH	4 SMS	34 SMS
SI-PACS		2 DRS 13 SMS
CTF		1 SES 4 SMS
SISAIH02	4 SMS	
SISAIH05	4 SMS	
GRCAIH	4 SMS	
VALAIH	4 SMS	
PNI	1 SES	
SIPER	1 CORRS	1 HPV 1 ERMS
SICON	1 CORRS	1 HPV 1 ERMS
SICOT		1 CORRS 2 DS FNS
STM-400	1 SES 4 SMS	
BBS	1 SES 4 SMS	
SIGAB	17 SMS 80 US	10 SMS 26 US
SIGIS		2 SMS
SIA-SUS	1 SMS	3 SMS
BPA MAGNETICO		4 SMS
FAD		1 CORRS 2 DS FNS
INQCH	1 CORRS	
PCD		1 CORRS
PLANEJA		1 CORRS
SCC		1 CORRS
SISLOC		1 CORRS 2 DS FNS
CD-ROM	5 INST.	16 INST.

SES - Secretaria Estadual de Saúde, SMS - Secretaria Municipal de Saúde, US - Unidade de Saúde, CORRS - Coordenação Regional do Rio Grande do Sul, DS FNS - Distrito Sanitário da FNS, INST. - Instituições

Metodologia/Estratégias

I. Unidades de Saúde

O atendimento às solicitações para informatização vem sendo feito somente para as unidades de saúde públicas, havendo a possibilidade de atender a unidades de natureza universitária ou de ensino e pesquisa, de acordo com a disponibilidade de recursos humanos da FNS.

É feita uma avaliação do porte da unidade de saúde, quantidade de procedimentos realizados, capacidade instalada e recursos disponíveis, a fim de determinar o sistema adequado à sua demanda de serviços.

A Secretaria Municipal de Saúde do Município solicitante, participa de treinamentos realizados nas dependências do Serviço de Informática da Coordenação, trazendo técnicos habilitados a tornarem-se multiplicadores dos sistemas em seu município. Os técnicos do SEINF prestam suporte ao município e às unidades de saúde, quando necessário.

Para os sistemas mono-usuário, é feito um levantamento de informações relativo ao equipamento disponível para utilização do sistema, recursos humanos capacitados a operá-lo e demanda de serviços de saúde.

Para os sistemas multi-usuários, é feito inicialmente um levantamento detalhado das características da unidade de saúde a ser informatizada, e um projeto contemplando os seguintes aspectos:

- . necessidade de equipamentos
- . planejamento das instalações físicas da rede de computadores
- . estimativa de custos de aquisição de hardware, software e demais recursos
- . cronograma de implantação
- . planejamento de treinamento de pessoal da unidade de saúde

Contamos com o apoio técnico dos profissionais do DATASUS/RJ para implantações e treinamentos em casos específicos.

II. Secretarias Municipais de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde do Município solicitante, participa de treinamentos nas dependências do Serviço de Informática da Coordenação, trazendo técnicos habilitados a tornarem-se multiplicadores dos sistemas em seu município. Os técnicos do SEINF prestam suporte ao município e às unidades, quando necessário.

Buscamos atender ao maior número possível de municípios solicitantes, dentro das limitações de recursos, assim como manter o suporte e a atualização dos sistemas àqueles que já são nossos usuários.

III. Secretaria Estadual de Saúde

O atendimento à SSMA/RS vem sendo feito em contato direto com seus funcionários em função de estarmos ambos sediados em Porto Alegre. Os técnicos do SEINF deslocam-se à SSMA/RS, quando solicitados para suporte e instalação de sistemas.

Para treinamento de novos sistemas, são realizados cursos nas dependências do SEINF.

Nos sistemas implantados nas Delegacias Regionais, a disseminação é feita através de treinamento em Porto Alegre e o suporte através de telefone, fax ou remessa de arquivos.

IV. Disseminação de Informações de Saúde

Colocamos à disposição do público em geral diversos produtos, que permitem o acesso às informações de internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais e mortalidade.

Para atendermos às solicitações de informações, utilizamos a estratégia de ensinar a usar os sistemas de acesso às bases de dados ao invés de simplesmente entregar as consultas solicitadas já prontas. Assim os usuários comparecem ao SEINF para receberem treinamentos, demonstrações e muitas vezes já obtêm as informações de que necessitam no próprio treinamento.

Em relação às informações disponibilizadas em CD-ROM, a FNS remete mensalmente os CD's de Internações Hospitalares, e periodicamente os de Atendimento Ambulatorial e Resumo Anual de Internações a todas as instituições, que nos solicitam inclusão em nosso cadastro.

V. Gestão Administrativa

Destinados a unidades e secretarias de saúde, estes sistemas têm a mesma metodologia de trabalho da disseminação dos sistemas dirigidos a estes órgãos, descritos nos itens 1 e 2.

VI. Sistemas da Instituição

Dispomos de alguns sistemas desenvolvidos no próprio SEINF, para os quais damos suporte e manutenção. Os demais produtos são desenvolvidos pelo DATASUS/RJ, e implantados em nossa Coordenação Regional por técnicos do SEINF, que participam de treinamento, tornando-se multiplicadores e responsáveis pelo suporte aos usuários.

Possuímos Rede Local de Computadores, onde está disponibilizada a maioria dos sistemas corporativos e de uso geral. Aqueles ainda não implantados estão em fase de conversão do ambiente mono-usuário para o de rede.

4. Metas para 97

4.1. Unidades de Saúde

SIGAB

- Garantir o suporte às 54 unidades de saúde já usuárias do sistema em 96.
- Atingir o número de 100 unidades de saúde usuárias do sistema, tendo em vista a grande quantidade de municípios solicitando treinamento e o número considerável de unidades básicas de saúde, que estes municípios possuem.
- Treinar 18 secretarias municipais de saúde.
- Avaliar a versão 3.0 do sistema a ser disponibilizado pelo DATASUS/RJ em ambiente Windows.
- Re-estruturar o curso SIGAB para adaptá-lo à versão 3.0.

HOSPUB

- Elaborar o projeto de implantação no Hospital Centenário de São Leopoldo.

PNI

- Implantar o sistema em todas as unidades de saúde, que disponham de microcomputador para a entrada de dados, e solicitarem o sistema.
- Treinar as 18 delegacias regionais de saúde.
- Avaliar o sistema EDI - Estoque e Distribuição de Imunobiológicos, a ser integrado com o PNI.

4.2. Secretarias Municipais de Saúde

SIA/SUS

- Garantir o suporte às 4 secretarias municipais de saúde em gestão plena do sistema municipal de saúde, que hoje já são usuárias do sistema.
- Expandir o número de secretarias usuárias, conforme demanda de pleitos de municipalização para o nível de Atenção Básica encaminhados e aprovados ao Ministério da Saúde, até o número de 230 secretarias.

SI-PACS

- Garantir o suporte às 20 secretarias municipais que são usuárias do sistema.
- Instalar a nova versão do sistema, que será incorporada pelo PSF - Programa de Saúde da Família, a ser disponibilizada pelo DATASUS/RJ.
- Atender à demanda das secretarias solicitantes.

SGAIH

- Garantir suporte às 41 secretarias municipais de saúde que utilizam o sistema, e os 4 municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde.
- Atender aos municípios que passarem para o nível de gestão plena do sistema municipal de saúde.
- Atualizar a versão do sistema, quando o DATASUS/RJ a disponibilizar.

SINAN

- Garantir suporte às 7 secretarias municipais de saúde, que já trabalham com o sistema no controle de agravos de notificação.
- Atualizar a versão do sistema, quando disponibilizada pelo CENEPI/DF.

GRCAIH

- Garantir suporte aos 4 municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde, e aos que estiverem aptos a utilizá-lo.
- Atualizar a versão do sistema, quando disponibilizada pelo DATASUS/RJ.

CTF

- Garantir suporte aos 4 municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde, e aos que estiverem aptos a utilizá-lo.
- Atualizar a versão do sistema, quando disponibilizada pelo DATASUS/RJ.

4.3. Secretaria Estadual de Saúde

SIA/SUS

- Promover a utilização do BPA magnético como forma de apresentação do faturamento ambulatorial das unidades de saúde.

SI-PACS

- Garantir o suporte à SSMA/RS, que faz a consolidação dos dados das secretarias municipais de saúde.
- Atualizar a versão do sistema, quando disponibilizada pelo DATASUS/RJ.

SINAN

- Garantir o suporte à SSMA/RS na utilização do sistema.
- Atualizar a versão do sistema, quando disponibilizada pelo DATASUS/RJ.
- Implantar o sistema nas 18 Delegacias Regionais de Saúde.

4.4. Disseminação de Informações em Saúde

- Realizar palestras ao público interessado nos sistemas em intervalos de três meses no máximo e de um mês no mínimo, até o final do ano.

4.5. Gestão Administrativa

- Treinar, implantar e dar suporte aos sistemas SIPER e SICON a 3 secretarias municipais de saúde.

4.6. Sistemas da Instituição

- Expandir de 30 para 40 o número de estações conectadas à Rede Local da Coordenação.
- Garantir o suporte aos usuários da rede.
- Reduzir o tempo de espera para atendimento aos usuários para o mesmo turno, em que foi feita a solicitação.
- Desenvolver e implantar o sistema de acompanhamento de pleitos.
- Treinar 25 servidores da coordenação regional em Microsoft Word 6.0 e 10 em Microsoft Excel 5.0.
- Converter para a rede e disponibilizar os sistemas de Inquérito Sorológico de Chagas (anos 94 e 95). Chagas Histórico.
- Reduzir para um dia o tempo de remessa de informações entre os distritos e a sede, através da implantação da transmissão de dados, via modem.

1. Objetivos

- Promover a aquisição de conhecimento dos conteúdos básicos referentes à área de Educação e saúde qualificando trabalhadores referência das Instituições de Saúde dos Municípios, Estado e Fundação Nacional de Saúde que serão multiplicadores de ações educativas na comunidade, contribuindo para uma melhor compreensão de fatores de risco de endemias, protegendo e promovendo dessa forma, a saúde da população.
- Sensibilizar os gerentes municipais e estaduais, quanto à necessidade de promover a saúde como um direito de cidadania e da melhora da qualidade de vida, através de um trabalho educativo contínuo.
- Capacitar profissionais de saúde, para atuarem como multiplicadores na área de Educação e Saúde junto aos municípios que se encontrarem em Vigilância Entomológica (Febre Amarela, Dengue e Chagas), informando e identificando fatores de risco à saúde a que a população está exposta, e educando para a prevenção.
- Garantir educação continuada, através de cursos de capacitação e treinamento para professores, agentes estaduais e municipais de saúde que atuam como multiplicadores nas suas áreas de atuação.
- Prestar assessoria aos municípios na área de prevenção de endemias.

2. Situação Atual

As atividades educativas estão sendo desenvolvidas junto à comunidade através dos agentes de saúde pública da Fundação Nacional de Saúde/RS e dos agentes municipais de saúde, em relação à prevenção de endemias e saneamento básico, visando à conscientização de mudança de postura para a melhoria da qualidade de vida da população. Estas atividades estão incluídas nos procedimentos diários de rotina do controle de endemias e na realização de oficinas de saneamento.

3. Metodologia/Estratégias

O trabalho é realizado através de encontros, reuniões, seminários, palestras, oficinas, feiras, seções de áudio e vídeo, painéis, demonstrações práticas, aulas teóricas e práticas, treinamentos e campanhas publicitárias.

Busca-se a elaboração de material educativo pelos próprios profissionais regionais, a fim de que seja utilizada a experiência nas especificidades culturais de cada município, e valorização do instrumento a ser utilizado no repasse de informações.

O enfoque das atividades educativas desenvolvidas é a promoção e proteção da saúde, tendo presente as ações preventivas frente a riscos a que a população está exposta.

O plano de ação da área tem uma continuidade das ações desenvolvidas, através de supervisão e levantamento de necessidade de reciclagem dos profissionais já envolvidos no processo educativo.

4. Metas para 97

- Capacitar 300 agentes de saúde pública para atuarem como multiplicadores junto aos municípios que se encontram em vigilância entomológica (FA, Dengue e Chagas).
- Treinar professores de 50 municípios, agentes municipais e estaduais, na áreas de endemias.
- Assessorar os municípios na prevenção de endemias através de atividades educativas - por demanda.
- Supervisionar e reciclar profissionais, onde as ações educativas já iniciaram - 10 municípios.
- Participar em 44 oficinas de saneamento.
- Participar em campanhas preventivas de endemias em nível municipal e estadual - por demanda.
- Participar em feiras de saúde - por demanda.

Área: Atenção à saúde indígena

Programas Saneamento, RH, Imunização, Vigilância Epidemiológica e Controle de Endemias

1. Objetivos

- Buscar parcerias com instituições oficiais (federais, estaduais e municipais) e não oficiais para trabalhos contínuos, que promovam a prevenção da saúde como um dos meios de melhoria da qualidade de vida das comunidades indígenas.
- Promover campanhas educativas semeando bons hábitos de higiene pessoal, habitacional, alimentar, prevenção de doenças, saneamento básico e imunizações.
- Garantir treinamentos e reciclagens dos profissionais envolvidos na causa indígena, para que estes possam ser multiplicadores, confiáveis e seguros na promoção e no enfrentamento dos agravos da saúde.
- Garantir a participação efetiva e a supervisão dos profissionais da FNS/FUNAI nas ações educativas, preventivas e operacionais já em andamento ou que possam, ser desencadeadas pela Equipe de Saúde do Índio.

2. Situação Atual

Considerando que em qualquer sistema não se pode separar o binômio educação e saúde, é preciso implantar no currículo escolar, estratégias para melhoria da higiene pessoal, habitação, alimentação, etc., visando enfrentamentos a grandes problemas de saúde existentes no estado. No que se refere ao atendimento à população indígena, a situação é grave em relação à capacitação dos profissionais de saúde envolvidos com a área, por falta de conhecimento das especificidades de atuação com as etnias existentes. É preciso que conceitos de saúde e principalmente, prevenção, sejam repassados para os integrantes de todas as tribos, a fim de que sejam minimizados os problemas existentes:

- má qualidade da água disponível
- dejetos a céu aberto
- destino do lixo
- baixa cobertura vacinal
- desnutrição
- alta incidência de infecção ginecológica
- aumento de casos de câncer de colo do útero
- óbitos por câncer de colo do útero
- casos de câncer em estágio avançado

- alto índice de natimortos
- gabinetes odontológicos inoperantes por avarias e por falta de profissionais
- insuficiência de recursos humanos qualificados e capacitados em saúde pública e antropologia
- incidência de casos de tuberculose
- falta de conscientização para implantação de hortas comunitárias para agricultura de subsistência

3. Metodologia/Estratégias

- Informar as lideranças indígenas, autoridades municipais e estaduais dos efetivos papéis que cada entidade e respectivos profissionais de saúde tem a desempenhar em suas comunidades.
- Definir aos profissionais de saúde as suas funções e reais competências.
- Estimular o entrosamento maior com as lideranças indígenas, engajando-os na realização dos trabalhos desenvolvidos.
- Realizar campanhas de imunização em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde, FUNAI e Secretarias Municipais de Saúde, buscando uma melhora na cobertura vacinal, em caráter contínuo.
- Desenvolver oficinas sobre alimentação alternativa, agricultura de subsistência, medicação fitoterápica e resgate da cultura gera.
- Aliar-se às Escolas das Áreas Indígenas em busca de parcerias de trabalho visando à criança como o melhor veículo de divulgação das tratativas promocionais da saúde como um todo. Áudios, vídeos, palestras, deverão ser buscados como recursos disponíveis.
- Desenvolver programas de saúde, onde cada agravo possa ser avaliado e tratado de maneira específica (hipertensão, diabetes, tuberculose)
- Estimular e garantir o uso da multimistura e do leite em pó no combate à desnutrição infantil e alimentação complementar à gestante, à nutriz e ao idoso.

4. Metas para 97

Saneamento Básico

Proteção de fontes	Módulos Sanitários	Ampliação de redes d'água (metros)
200	535	30.000

Capacitação de Recursos humanos

Realização de cursos de capacitação e reciclagem dos servidores de saúde em:

- Noções de primeiros socorros
- Medidas de controle do alcoolismo
- Controle e prevenção da DST/AIDS
- Auxiliares de enfermagem em salas de vacinas
- Coleta do material para exames preventivos do colo uterino
- Prevenção do câncer de mama
- Preparação de lâminas para baciloscopia do diagnóstico da Tuberculose
- Ampliação, manutenção de redes d'água e construção de fontes drenadas

Projetos

- Implantação de Salas de Vacinas nas Áreas Indígenas - construção, instalação e funcionamento de 16 salas de vacinas, organizadas com todo o equipamento necessário.
- Projeto Piloto Interinstitucional de Assessoria às Populações das Terras Indígenas pela Universidade de Passo Fundo - assessoria nas áreas de saúde e alimentação, para fornecer orientações técnico-científicas na produção, colheita, armazenagem, forma de preparo e dosagem de ervas medicinais, e produção de multimistura para auto-suficiência na produção e possibilidade de criação de fornecedores.
- Atenção à saúde da mulher indígena - realização de exame citopatológico para prevenção do câncer de colo de útero, prevenção do câncer de mama, prevenção da gestação de alto risco, diminuição dos índices de mortalidade infantil neonatal.

ANEXO V

SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

<i>INDICADORES</i>	<i>FONTE</i>
--------------------	--------------

A - DEMOGRÁFICOS

A.1. Composição populacional, em números absolutos e percentuais	NIS + MS + IBGE
A.2. Taxa de crescimento anual da população	NIS + MS + IBGE
A.3. Taxa global de fecundidade	NIS + MS + IBGE
A.4. Taxa bruta de natalidade	NIS + MS + IBGE
A.5. Taxa bruta de mortalidade	NIS + MS + IBGE
A.6. Distribuição anual dos óbitos, em número e percentuais	NIS + MS + IBGE
A.7. Esperança de vida ao nascer	NIS + MS + IBGE

B - SOCIOECONÔMICOS

B.1. Porcentagem de alfabetização em indivíduos de 15 anos ou mais	USO EVENTUAL MEDIANTE CONSULTA
B.2. Escolaridade média da população, por anos de estudo	IDEM
B.3. Produto interno bruto (PIB) per capita	IDEM
B.4. Razão de renda 20% superior / 20% inferior	IDEM
B.5. Porcentagem da população em pobreza	IDEM
B.6. Taxa de desemprego	IDEM
B.7. Alfabetização das parturientes	IDEM

C - MORTALIDADE

C.1. Mortalidade proporcional por 17 grandes grupos de causas determinantes	NIS
C.2. Taxa de mortalidade infantil desdobrada em componentes	NIS
C.3. Taxa de mortalidade materna	NIS
C.4. Taxa de mortalidade por doença diarreica aguda em menores de um ano e em menores de 5 anos	NIS
C.5. Taxa de mortalidade por infecção respiratória aguda (menores de 5 anos)	NIS
C.6. Taxas de mortalidade por causas específicas: C.6.1. doença isquêmica do coração (maiores de 45 anos) C.6.2. doenças cerebrovasculares (maiores de 45 anos) C.6.3. tumores malignos do pulmão	NIS

<p>C.6.4. tumores maligno do colo uterino, corpo uterino e outros não especificados (mulher com mais de 45 anos)</p> <p>C.6.5. tumores maligno de mama (mulheres acima de 45 anos)</p> <p>C.6.6. tumores malignos do aparelho digestivo (maiores de 45 anos)</p> <p>C.6.7. tumores malignos da próstata</p> <p>C.6.8. acidentes de trânsito de veículos a motor (maiores de 15 anos)</p> <p>C.6.9. homicídios... (acima de 15 anos)</p> <p>C.6.10. suicídios</p> <p>C.6.11. cirrose hepática (acima de 45 anos)</p> <p>C.6.12. diabetes melitos (acima de 45 anos)</p> <p>C.6.13. acidentes de trabalhos (maiores de 15 anos)</p> <p>C.6.14. doenças respiratórias em maiores de 60 anos</p>	
--	--

D - MORBIDADE E FATORES DE RISCO

D.1. Distribuição percentual de nascimentos, segundo a idade da mãe	SINASC
D.2. Porcentagem de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas	SINASC
D.3. Proporção de crianças menores de 5 anos com déficit ponderal para a idade moderado e grave (inferior a dois desvios-padrão)	Estudos amostrais (a cogitar) DAS
D.4. Porcentagem de crianças que se alimentam exclusivamente do leite materno, aos 120 dias de idade	IDEM
D.5. Porcentagem de crianças com estatura inferior a 2 desvios-padrão abaixo da média, aos 7 anos de idade	DAS + SEC (estudos amostrais)
D.6. Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) aos 12 anos de idade	DAS + MS (Estudos amostrais em curso)
<p>D.7. Número anual de casos confirmados de doenças evitáveis por imunização:</p> <p>D.7.1. poliomelite</p> <p>D.7.2. sarampo</p> <p>D.7.3. tétano (neonatal e acidental)</p> <p>D.7.4. difteria</p> <p>D.7.5. coqueluche</p> <p>D.7.6. febre amarela</p> <p>D.7.7. hepatite B</p> <p>D.7.8. raiva humana</p> <p>D.7.9. raiva canina</p> <p>D.7.10. rubéola</p> <p>D.7.11. caxumba</p>	DAS
<p>D.8. Incidência anual de outras doenças transmissíveis:</p> <p>D.8.1. AIDS</p> <p>D.8.2. tuberculose</p>	DAS (no caso da sífilis: estudos amostrais em serviços - sentinela)

D.8.3. cólera D.8.4. dengue D.8.5. malária D.8.6. sífilis D.8.7. meningite D.8.8. outras hepatites	
D.9. Prevalência anual: D.9.1. AIDS D.9.2. infecção pelo HIV D.9.3. tuberculose D.9.4. hanseníase	DAS (no caso do HIV: amostral)
D.10. Parto e abortamento em adolescentes	NIS
D.11. Incidência de doenças e acidentes do trabalho (notificadas e indenizadas) na população maior de 15 anos de idade	DAS
D.12. Incidência de tumores malignos mais frequentes	NIS (em Porto Alegre; a discutir a expansão para outros municípios)
D.13. Incidência / prevalência de outras doenças crônicas mais frequentes: D.13.1. doença hipertensiva D.13.2. doença isquêmica coração D.13.3. diabetes mellitus D.13.4. asma brônquica D.13.5. psicoses D.13.6. alcoolismo D.13.7. drogadição	DAS (pelas intervenções: a estudar)
D.14. Prevalência de fumantes regulares na população com mais de 15 anos	DAS (estudo futuro)
D.15. Morbidade hospitalar pelos grupos da CID (destacando as causas mais frequentes)	DAS + DAHA
D.16. Morbidade hospitalar por principais causas externas	DAHA

E - RECURSOS, SERVIÇOS, COBERTURAS

E.1. Porcentagem da população com serviços de abastecimento de água potável	PROSAN + FEE
E.2. Porcentagem da população que dispõe de instalação adequadas para eliminação de excretas	IDEM
E.3. Porcentagem da população que dispõe de sistema regular de coleta e disposição de resíduos sólidos	IDEM
E.4. Porcentagem de menores de 1 ano vacinados: E.4.1. difteria / tétano / coqueluche E.4.2. sarampo E.4.3. poliomelite E.4.4. tuberculose	DAS

E.5. Porcentagem de mulheres em idade fértil vacinadas anualmente com TT	DAS (a estudar)
E.6. Porcentagem de mulheres na faixa de 12 a 49 anos em uso regular de métodos anticonceptivos	DAS (estudo amostral a cogitar)
E.7. Porcentagem de parturientes com atendimento pré-natal em ao total de nascimentos	DAS + SINASC
E.8. Porcentagem de partos cesáreos em relação ao total de nascimentos	IDEM
E.9. Número de consultas médicas por habitantes / ano	DAHA
E.10. Número de altas hospitalares por cem habitantes	IDEM
E.11. Taxa de utilização dos seis mais frequentes procedimentos complementares de diagnóstico e tratamento, por mil habitantes	DAHA
E.12. Utilização de alguns procedimentos complementares de diagnósticos e tratamento	DAHA (estudos especiais)
E.13. Número de habitantes por profissionais de saúde: E.13.1. médico E.13.2. odontólogo E.13.3. enfermeiro E.13.4. pessoal de enfermagem de nível auxiliar	ASSTEPLAN
E.14. Número de leitos hospitalares por 10 habitantes	DAHA
E.15. Gastos em saúde como porcentagem dos orçamentos estaduais e municipais	ASSTEPLAN (estudos especiais)
E.16. Gastos em saneamento como porcentagem do orçamento	IDEM
E.17. Porcentagem dos gastos totais em saúde destinados a hospitalização no SUS	DAHA + FES
E.18. Gasto estadual em saúde	ASSTEPLAN
E.19. Porcentagem da população coberta por sistemas de saúde complementares privados	DG + SUSEP
E.20. Porcentagem de causas mal definidas no total de óbitos registrados	NIS
E.21. Porcentagem de sub-registro da mortalidade	NIS
E.22. Porcentagem de óbitos com certificação médica no total de óbitos registrados	NIS
E.23. Porcentagem de sub-registro da natalidade	NIS (estudos especiais)
E.24. Capacidade instalada (Unidades de Saúde)	DCR

DOCUMENTOS CONSULTADOS

BRASIL. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: Rio Grande do Sul/ Projeto de Apoio e Assessoria aos municípios gaúchos. Descentralizando e democratizando o conhecimento - Coletânea de Legislação do Sistema Único de Saúde - SUS/RS. Porto Alegre, Editora Nova Prova, 1996.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. In: Rio Grande do Sul/ Projeto de Apoio e Assessoria aos municípios gaúchos. Descentralizando e democratizando o conhecimento - Coletânea de Legislação do Sistema Único de Saúde - SUS/RS. Porto Alegre, Editora Nova Prova, 1996.

BRASIL/Ministério da Saúde. Portaria MS Nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Diário Oficial da União de 24 de maio de 1993.

BRASIL. Lei Nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 28 de julho de 1993.

BRASIL. Decreto Nº 1.105, de 06 de abril de 1994. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 7 de abril de 1994.

BRASIL/Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/Departamento de Operações/Coordenação de Saúde Comunitária. *Programa de Saúde da Família* - Saúde dentro de casa. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL/Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/Departamento de Operações. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, setembro/1994.

BRASIL/Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica - SUS 01/96. Diário Oficial da União de 06 de novembro 1996.

BRASIL/Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde. *REFORSUS - Reforço à Reorganização do SUS: Manual de Operação*. Brasília, Ministério da Saúde, dezembro/1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª - 17 A 21 DE MARÇO DE 1986, BRASÍLIA. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9ª - 14 DE AGOSTO DE 1992, BRASÍLIA. *Relatório Final*. Brasília, Ministério da Saúde, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 2ª. 1994, BRASÍLIA. *Relatório Final*. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1ª, 1994, PORTO ALEGRE. *Relatório Final*. Porto Alegre, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, setembro de 1994.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2ª., 10 A 12 DE JULHO DE 1996, PORTO ALEGRE. *Relatório Final*. Porto Alegre, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, mimeo, julho/96.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10ª., 1996, BRASÍLIA. *Relatório Final (Preliminar)*. Brasília, Ministério da Saúde, setembro de 1996.

RABELO, Mercedes. *Análise das despesas do Governo do Rio Grande do Sul no setor saúde no período 1980-1994*. Porto Alegre, mimeo., 1996.

RIO GRANDE DO SUL. *Constituição do Estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Assembléia Legislativa, 1989.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Nº 9.077, de 04 de junho de 1990. Institui a Fundação Estadual de Proteção Ambiental e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, de 05 de junho de 1990.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Nº 34.663, de 02 de fevereiro de 1993. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, de 18 de fevereiro de 1993.

RIO GRANDE DO SUL/Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente/ Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde-RS. Resolução Nº 03/93, de 27 de outubro de 1993. Diário Oficial do Estado de 29 de outubro de 1993.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Nº 10.097, de 31 de janeiro de 1994. Cria o Conselho Estadual de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado, de 31 de janeiro de 1994.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Nº 10.349, de 29 de dezembro de 1994. Cria a Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, de 20 de dezembro de 1994.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Nº 10.330, de 27 de dezembro de 1994. Dispõe sobre a organização do Sistema Estadual de Proteção Ambiental, a elaboração,

implementação e controle da política ambiental do Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, de 28 de dezembro de 1994.

RIO GRANDE DO SUL/Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente/ Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde-RS. Resolução Nº 01/95, de 10 de dezembro de 1995. Diário Oficial do Estado de 24 de fevereiro de 1995.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto Nº 35.920, de 12 de abril de 1995. Dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde e Meio Ambiente e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, de 13 de abril de 1995.

RIO GRANDE DO SUL/Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. *Integração das atividades da Coordenação de Auditoria, Controle e Avaliação (DAHA) e Núcleo de Acompanhamento do DEPLAN*. Porto Alegre, mimeo, s/d.

RIO GRANDE DO SUL/Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente /Departamento de Planejamento/Divisão de Controle e Avaliação. *Proposta da Divisão de Controle e Avaliação/DEPLAN par o Sistema de Controle e Avaliação em nível estadual*. Porto Alegre, mimeo, 1995. (Elaborada por Fernando Boese, para integrar o Plano Estadual de Saúde).

RIO GRANDE DO SUL/Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente /Departamento de Planejamento. *Plano Estadual de Saúde - 1995: Versão Preliminar*. Porto Alegre, mimeo, 1995. (Elaborado por Carmen Degani Tschiedel e Nadir Pereira Reis).

RIO GRANDE DO SUL/Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente/Auditoria Médica. *Atuação de Auditoria Médica Estadual na SSMA*. Porto Alegre, mimeo, s/d. (Proposta aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, em reunião do dia 07.07.95).

RIO GRANDE DO SUL. Decreto Nº 36.502, de 11 de março de 1996. Aprova o Regimento Interno da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Diário Oficial do Estado, de 12 de março de 1996.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto Nº 36.978, de 01 de novembro de 1996. Altera o Decreto Nº 35.920, de 12 de abril de 1995, que dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Diário Oficial do Estado, de 04 de novembro de 1996.

RIO GRANDE DO SUL/Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente/Auditoria Médica. *Minuta de decreto criando o Sistema Estadual de Auditoria*. Porto Alegre, mimeo, maio de 1996. (Elaborada por Elizabeth Collares, Vera Gomes e José Antonio Koeche).

RIO GRANDE DO SUL/Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. *A situação da saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, julho/96.

RIO GRANDE DO SUL/Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. *Estatísticas de Saúde: SINASC - 1992-95*. Porto Alegre, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, 1996, vol. 1.

RIO GRANDE DO SUL/Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. *Estatísticas de Saúde: Mortalidade 1995*. Porto Alegre, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, 1996, vol. 21.

RIO GRANDE DO SUL/Tribunal de Contas. *Relatório e parecer prévio sobre as contas do Governo do Estado/RS*. Porto Alegre, mimeo., 1996.

RIO GRANDE DO SUL/Governo do Estado/Gabinete do Governador e Secretaria de Coordenação e Planejamento. FEPPS - Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde: *Contrato de Gestão*. Porto Alegre, Governo do Estado, outubro de 1996, 26 p.

RIO GRANDE DO SUL/Governo do Estado/Secretaria de Coordenação e Planejamento/Departamento de Programação Orçamentária. Lei Nº 10.889, de 19.12.96: *Orçamento Anual - 1997: Administração Direta*. Porto Alegre, Governo do Estado, vol. I, 1996, 710 p.

RIO GRANDE DO SUL/Governo do Estado/Secretaria de Coordenação e Planejamento/Departamento de Programação Orçamentária. Lei Nº 10.889, de 19.12.96: *Orçamento Anual - 1997: Autarquias e Fundações*. Porto Alegre, Governo do Estado, vol. II, 1996, 542 p.

RIO GRANDE DO SUL/UNICEF. *Programa PIÁ 2000: Informações*. Porto Alegre, Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 1996, 26p.

RIO GRANDE DO SUL/Secretaria de Coordenação e Planejamento. *Plano Plurianual 1996-1999*. Porto Alegre, Secretaria de Coordenação e Planejamento do Estado, 1996, 460p.

RIO GRANDE DO SUL/Governo do Estado/Secretaria de Coordenação e Planejamento. *Programação do Setor Público - 1997*. Porto Alegre, Governo do Estado, mimeo, 207 p.

RIO GRANDE DO SUL/Governo do Estado/Secretaria de Coordenação e Planejamento. *Caderno de Metas*. Porto Alegre, Secretaria de Coordenação e Planejamento. Porto Alegre, Governo do Estado, 1997.

XX CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA DE 1996/Convênio SSMA-UFRGS-FIOCRUZ. *Perfil de morbidade hospitalar no Rio Grande do Sul no Sistema Único de Saúde em 1995: estudo epidemiológico de metodologia coletiva dos alunos e professores*. Porto Alegre, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado, mimeo, 1996.

**GRUPO DE TRABALHO RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DA
ELABORAÇÃO
DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 1997/2000**

Ana Cecília Bastos Stenzel - Assessoria Técnica e de Planejamento

Carmen Degani Tschiedel (coordenadora) - Assessoria Técnica e de Planejamento

Maria Isabel Sana Barretto - Departamento de Assistência Ambulatorial e Hospitalar

Mariana Porto - Departamento de Ações em Saúde

Sílvia Beatriz Czermainski - Escola de Saúde Pública

Apoio Administrativo / Informática:

André Martinelli Santos Silva - Assessoria Técnica e de Planejamento

Denise Zinn Beckel - Assessoria Técnica e de Planejamento

Leonardo Rosa Ribeiro - Assessoria Técnica e de Planejamento

Revisão Final:

Ana Maria Mejolaro Dalla Valle - Coordenadora da Assessoria Técnica e de Planejamento

Marilú Rejane Niches Custódio - Chefe do Núcleo de Programação / ASSTEPLAN