

ACOES INTEGRADAS DE SAUDE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

INAMPS

CEME

MINISTÉRIO DA SAÚDE

INAN

FSESP

SUCAM

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

GOVERNOS ESTADUAIS

GOVERNOS MUNICIPAIS



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

DR-3140SP-EE-00-0110-1410-00000000

AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

Brasília, 03 de maio de 1984

SUMÁRIO

PART E I - CONCEITUAÇÃO

- 1 - APRESENTAÇÃO
- 2 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS
- 3 - OBJETIVOS
- 4 - ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO
- 5 - ÁREAS DE ATUAÇÃO
 - 5.1 - Aspectos Gerais
 - 5.2 - Áreas Gerais
 - 5.2.1 - Assistência Médico-Hospitalar
 - 5.2.2 - Assistência Farmacêutica
 - 5.2.3 - Desenvolvimento Institucional
 - 5.3 - Áreas Específicas Prioritárias
 - 5.3.1 - Promoção da Saúde da Mulher e da Criança
 - 5.3.2 - Controle das Doenças Transmissíveis
 - 5.3.3 - Controle das Doenças Redutíveis por Saneamento

PART E II - OPERACIONALIZAÇÃO

- 6 - PROGRAMAÇÃO
 - 6.1 - Orientação Sobre a Apresentação da Programação
 - 6.2 - Documentos da Programação
 - 6.2.1 - Análise da Situação Atual
 - 6.2.2 - Ação Proposta
 - 6.2.3 - Definição de Metas
- 7 - ACOMPANHAMENTO
 - 7.1 - Sistema de Informações
 - 7.2 - Áreas Gerais
 - 7.2.1 - Assistência Médico-Hospitalar
 - 7.2.2 - Assistência Farmacêutica
 - 7.2.3 - Desenvolvimento Institucional
 - 7.3 - Ações Específicas Prioritárias
 - 7.3.1 - Promoção da Saúde da Mulher e da Criança
 - 7.3.2 - Controle das Doenças Transmissíveis
 - 7.3.3 - Controle das doenças Redutíveis por Saneamento

ANEXO I : Formulários de Programação

IN ANEXO II : Formulários de Acompanhamento

PARTE I - CONCEITUAÇÃO



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

APRESENTAÇÃO

Este documento, contribuição do nível federal (MPAS/MS/MEC) ao desenvolvimento e aprimoramento das ações de saúde ao nível dos Estados, surge em momento especialmente favorável à implantação da almejada integração entre as instituições prestadoras de assistência à saúde, em nosso país, já em curso, através dos convênios correspondentes, em 15 Unidades da Federação. Apesar do esforço que vem sendo realizado, deve-se notar que, ainda hoje, existem dificuldades políticas e técnicas, que estão sendo enfrentadas pelos Ministérios que atuam no setor. A dicotomia entre prevenção e cura, as ações paralelas e interpostas dos órgãos públicos, a baixa produtividade e a ociosidade dos serviços, são ainda, de certa forma, marcantes, embora haja realmente mudanças importantes vigentes a partir da aprovação pelo Governo do PLANO do CONASP.

Esta nova atitude, diferente de situações anteriores semelhantes, realimenta-se não só através dos instrumentos formais e legais já existentes, mas também, cada vez mais, através do trabalho conjugado e compartilhado, entre os serviços de saúde. A situação que se configura é com certeza, fruto de trabalho que, de longa data, vem procurando caminhar no sentido de construir, no país, um sistema de saúde que possa atender, satisfatoriamente, às necessidades de assistência à saúde da população brasileira. Da Lei nº 6.229 de 1975 que tentou harmonizar,

num texto legal, as atribuições das diversas instituições, ao PLANO do CONASP, desenvolveu-se longa trajetória na organização do setor saúde.

Se o PREV-SAÚDE consubstanciava anseios e desejos de integração do setor público, o PLANO do CONASP trouxe-os para uma perspectiva pragmática e abriu a possibilidade efetiva de se iniciar as mudanças requeridas. Desta forma, desde 1983, o MPAS, o MS e o MEC, vêm encontrando modos efetivos de integração programática, com vistas ao desenvolvimento dos Sistemas Estaduais de Saúde. Entre esses mecanismos - na realidade uma estratégia de reordenação - o Programa de Ações Integradas de Saúde, parte integrante do PLANO do CONASP, encerrou, em seus princípios e diretrizes, a histórica aspiração do setor saúde por mudanças efetivas. No momento atual, porém, o que nasceu como um programa institucional do INAMPS, passou a ser assumido, pelos demais Ministérios e Secretarias de Saúde dos Estados, como eixo comum sobre o qual deve-se caminhar, daqui para a frente, no sentido real da integração. Deste modo, este documento pretende ser um instrumento que consagra esse processo de integração.

Reunir em um único instrumento, doutrinário e técnico-operacional, as ações do MS/MPAS/MEC/INAMPS junto às Secretarias Estaduais de Saúde, superando a etapa dos entendimentos bilaterais (MS/SES e MPAS/SES) é um passo decisivo no processo de construção comum.

1 É importante lembrar que tal processo, essencialmente político, ganhou extraordinário impulso a partir de 1982 em decorrência da inclusão do PLANO do CONASP na Mensagem do Presidente Figueiredo ao Congresso e está a respeitar, em seu ritmo de desenvolvimento, as peculiaridades de todas as instituições envolvidas, incorporando sugestões e experiências, construindo uma base unitária de ação, sem perder de vista particularidades regionais e locais.

Este documento, ainda que imperfeito e aberto à sugestões das instituições participantes, pretende, entretanto, constituir-se documento formal de programação conjunta, servindo como instrumento básico dos Convênios MS/MPAS/MEC/Governos Estaduais e Municipais. Assim, os recursos disponíveis para o setor público de saúde em determinado Estado, bem como a matriz técnico-programática com o respectivo sistema de acompanhamento correspondente, estarão explicitados harmonicamente.

Espera-se que, a partir da experiência de 1983, adquirida com o PLANO do CONASP, e com base nesse trabalho comum em 84, se possa, em 85, realizar a elaboração conjunta dos Planos Estaduais de Saúde, englobando não somente as ações do setor público, mas as ações desenvolvidas, ao nível dos Estados, pelas Instituições públicas e privadas.



2. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS

As seguintes diretrizes devem nortear a elaboração e a implementação das Ações Integradas de Saúde em cada Unidade Federada:

- 2.1 - responsabilidade do Poder Público em relação à saúde da população e ao controle do sistema de saúde;
- 2.2 - integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público, ao qual estarão articulado, técnica e funcionalmente, o setor privado prestador de serviços;
- 2.3 - definição de programas, ações e atividades das instituições envolvidas, a partir do quadro de doenças mais prevalentes a nível regional e local;
- 2.4 - integralidade das ações de saúde, superando as dicotomias preventivo/curativo, individual/coletivo, ambulatorial/hospitalar;
- 2.5 - regionalização e hierarquização única dos serviços públicos e privados;
- 2.6 - valorização das atividades básicas de saúde, assegurando-se o encaminhamento dos casos de comprovada necessidade de atendimento mais complexo;

- 2.7 - utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública;
- 2.8 - descentralização do processo de planejamento e de administração;
- 2.9 - planejamento da cobertura assistencial, a partir das necessidades de atendimento da população, com parâmetros e estratégias assistenciais de melhor relação custo/benefício;
- 2.10 - co-participação, claramente definida, das várias instituições envolvidas, no financiamento das ações de saúde, de acordo com as responsabilidades institucionais;
- 2.11 - desenvolvimento de recursos humanos como condição básica de operação do sistema, incluindo definição dos conteúdos e estratégias de formação de Recursos Humanos, assentada sobre a prática dos serviços de saúde, e o estabelecimento de Planos adequados de Cargos e Salários;
- 2.12 - reconhecimento da legitimidade de participação dos vários segmentos sociais na definição de necessidades, no encaminhamento de soluções e na avaliação do nível de desempenho da assistência prestada.

3. OBJETIVOS

No intuito de garantir, a parcelas crescentes da população, acesso aos serviços de saúde, de forma integral, eficaz e igualitária, definem-se os seguintes objetivos operacionais:

- 3.1 - possibilitar o desenvolvimento dos Sistemas Estaduais de Saúde, a partir da articulação multi-institucional, e observadas as conjunturas específicas a nível de cada Unidade Federada;
- 3.2 - fazer operar Sistemas Estaduais de Saúde capazes de proporcionar serviços com alto grau de resolutividade, dirigidos aos problemas prioritários de saúde;
- 3.3 - desenvolver técnica e gerencialmente os serviços de saúde, para capacitá-los a responder à demanda assistencial local, com eficácia, eficiência e efetividade;
- 3.4 - compatibilizar a nível de Unidade Federada a alocação de recursos pelas várias instituições de saúde;
- 3.5 - valorizar o trabalho dos profissionais de saúde, através de estratégias que estimulem o seu contínuo desenvolvimento e melhores condições de trabalho e de remuneração;
- 3.6 - reorientar as atividades de ensino, pesquisa e serviço das instituições de Ensino, no sentido de sua me

lhora adequação às necessidades de saúde e da prestação de serviços de saúde regionalizados;

- 3.7 - planejar a cobertura assistencial de acordo com parâmetros, técnica e financeiramente viáveis, considerando as melhores relações custo/benefício e contribuindo na redefinição dos parâmetros nacionais e locais.

4. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

A fim de dar efetividade ao princípio de descentralização, torna-se patente a necessidade de se estabelecer Comissões Interinstitucionais de Saúde, gestoras das ações de saúde nos diversos níveis: estadual, regional e municipal. Essas comissões constituem instâncias de decisão, planejamento, gestão e acompanhamento das Ações Integradas de Saúde.

4.1 - ESTRUTURA ORGÂNICA

- CIS - Comissões Interinstitucionais de Saúde
- CRIS - Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde
- CLIS ou CIMS - Comissões Locais ou Municipais Interinstitucionais de Saúde.

4.2 - ESTRUTURA FUNCIONAL

A estrutura funcional das Ações Integradas de Saúde de está composta pelas Comissões antes mencionadas, acrescidas da CIPLAN.

- A CIPLAN é órgão deliberativo interministerial (MS/MPAS/MEC), que fornece pautas à atuação integrada e efetiva das instituições federais e realiza o acompanhamento a nível nacional, das Ações Integradas de Saúde. No que diz respeito às Ações Integradas de Saúde, a CIPLAN contará também com a participação do presidente do CONASS - Conselho Nacional

de Secretários de Saúde, atuando segundo seu regimento.

- As CIS são instâncias decisórias e gestoras das Ações Integradas de Saúde a nível de cada Unidade Federada, estando integradas pelo Secretário Estadual de Saúde, Superintendente Regional do INAMPS, representante do MS e representante do MEC.
- As CIS deliberam por consenso e têm as seguintes atribuições:
 - definir e zelar pela efetivação da política de saúde a nível da Unidade Federada;
 - promover a integração programática crescente entre as instituições envolvidas;
 - garantir a aplicação e compatibilização de todos os recursos financeiros alocados para o desenvolvimento e aprimoramento das ações de saúde e de prestação de serviços;
 - assegurar a participação dos municípios nos níveis correspondentes;
 - buscar estratégias para a universalização progressiva do atendimento às populações urbana e rural, beneficiários ou não da Previdência Social;
 - propor as alterações e complementações necessárias ao aprimoramento das AIS.

Cada CIS deverá constituir Secretaria Técnica, de com posição multi-institucional, para apoiar o processo de pla nejamento, gestão e acompanhamento das AIS e propor medidas a serem implantadas por cada instituição participante das AIS.

As CRIS constituem instâncias de planejamento e acom panhamento das AIS, a nível de cada região de saúde das Uni dades Federadas, obedecida a regionalização da CIPLAN. Inte gram-nas representantes das instituições convenientes, acres cidas dos representantes das instituições que tenham aderi do às AIS na região correspondente.

As CLIS/CIMS são instâncias locais e/ou municipais de planejamento e gestão das AIS, correspondendo a municípios ou conjunto de municípios, de acordo com critérios geográficos, demográficos, funcionais e políticos a serem propostos pela CIS correspondente. Inte gram-nas, representantes das instituições convenientes, acres cidos de representantes da Secretaria Municipal de Saúde ou das Prefeituras, assim co mo entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representa tivas da população local.

As CRIS, CLIS/CIMS deverão ter, quando técnica e ope racionalmente indicado, Secretarias Técnicas homólogas à da CIS.

As CIS, CRIS e CLIS/CIMS elaborarão seus próprios re gimentos, em conformidade com as normas da CIPLAN, e os ob jetivos e diretrizes das AIS, levando em consideração as re alidades estaduais e locais.

5. ÁREAS DE ATUAÇÃO

5.1 - ASPECTOS GERAIS

A solução dos problemas de saúde de maior frequência e magnitude exige que os recursos da rede assistencial possam ser dimensionados no sentido de atender as necessidades básicas da população. A rede de serviços de saúde deve estar fundamentalmente orientada para a assistência primária, devidamente apoiada por níveis de atendimento mais complexos.

A partir desses princípios deve ser elaborada uma programação anual conjunta que reflita a Política de Saúde da Unidade Federada, para o que se torna indispensável o envolvimento das instituições públicas federais, estaduais e municipais, que atuam no setor. Essa programação passa a ser, portanto, instrumento de integração programática e da articulação inter-institucional.

A programação conjunta entre MPAS, MS, MEC, SES e SMS, deve contemplar áreas gerais, que englobam as atividades desenvolvidas nos diversos níveis da rede de serviços de saúde; e áreas prioritárias específicas, quais sejam: Controle de Doenças Transmissíveis, Promoção da Saúde da Mulher e da Criança e Doenças Redutíveis por Saneamento.

A programação deve ser descentralizada, ascendente e integrada na medida do possível, a partir do nível local (CLIS e CRIS).

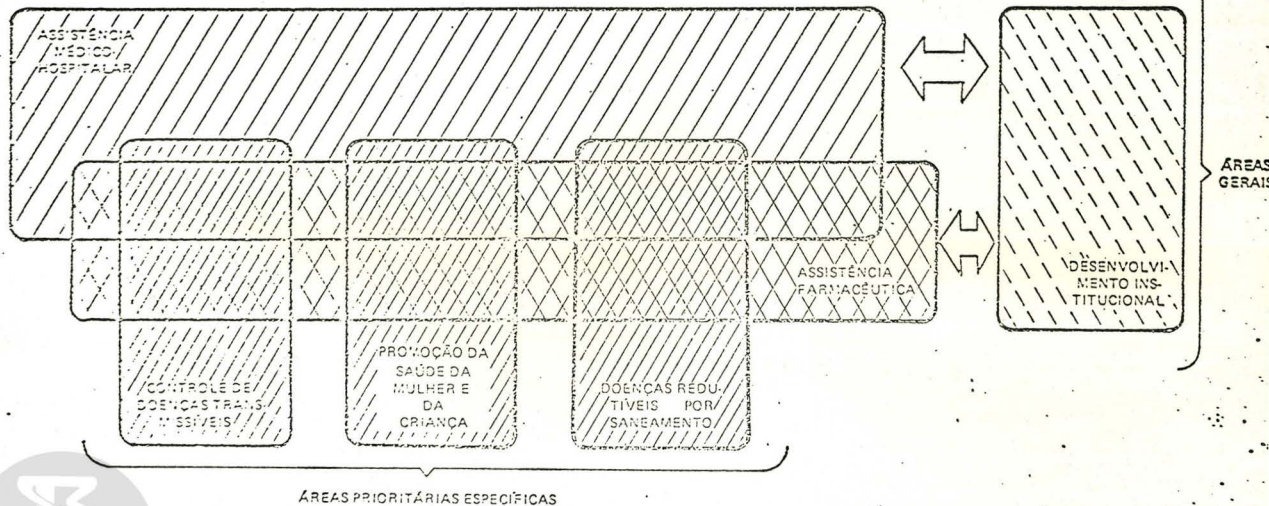


FIG 1 - ÁREAS DE ATUAÇÃO

Da mesma forma, e levando em conta as especificidades locais, a programação deve ter como perspectiva a consolidação de todas as ações desenvolvidas ao nível da Unidade Federada, incluindo os serviços produzidos pelas entidades filantrópicas, sindicatos e outros agentes privados.

As entidades ligadas ao Sistema de Ensino Universitário, deverão, ademais, sempre que possível, realizar uma programação das suas atividades de Integração Docente-Assistencial, devidamente compatibilizada com as necessidades qualitativas de Recursos Humanos identificadas pelas Instituições de saúde. A Integração Docente-Assistencial (IDA), obedecendo às diretrizes do MEC, é considerada a estratégia prioritária para a formação de todo o pessoal de nível superior.

A figura 1 mostra o esquema das ÁREAS DE ATUAÇÃO

5.2 - ÁREA GERAIS

5.2.1 - ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

Na perspectiva de oferecer assistência integral à saúde da população, esta área compatibiliza as diversas ações de assistência médico-hospitalar, em cada Unidade Federada. Compreende atividades assistenciais desenvolvidas pelo INAMPS, pelo MEC, Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e Ministério da Saúde, este através dos hospitais em co-gestão, conveniados e da F.SESP. Devem também ser considerados os serviços privados contratados ou conveniados pelo INAMPS.

A organização da rede de serviços integrados de saúde contempla a articulação dos níveis de atenção com distinta complexidade de atendimento, hierarquizados entre si, com a finalidade de manter a unidade funcional do sistema e assegurar o acesso a todos os níveis de atenção.

Definem-se três níveis de cuidados de saúde nas AIS:

a) Cuidados Primários

Os serviços neste nível estão voltados aos problemas mais prioritários de saúde, facultando o acesso direto do usuário e servindo de porta de entrada do sistema.

Os cuidados primários compreendem a assistência elementar, com ênfase na educação sanitária e imunização, prestada por pessoal auxiliar, e a assistência profissionalizada ambulatorial nas áreas básicas de Clínica Médica, Pediatria, Toco-ginecologia e Odontologia, bem como o atendimento de urgências e emergências.

b) Níveis de cuidados secundários e terciários

São níveis de apoio em relação aos primários, com acesso condicionado à referência, ou direto, nos casos de risco que mereçam assistência diferenciada. Proporcionam assistência em nível ambulatorial ou hospitalar, incluindo consultas médicas especializadas.

Faz-se necessário a adoção de uma série de normas que garantam a operacionalidade desse novo modelo. Como princípio, o mesmo deve ser integrado, evitando-se desarticulação entre os seus vários níveis de complexidade e dando-se a justa ênfase à assistência ambulatorial, que constituirá a porta de entrada do sistema.

OBJETIVOS DA ÁREA

- Melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada à população;
- Estender a cobertura assistencial, em igualdade de condições, à população rural e urbana;
- Promover um planejamento rigoroso da assistência à saúde, de acordo com parâmetros assistenciais aceitáveis, respeitadas as disponibilidades orçamentárias e obedecidas as prioridades de ocupação plena da rede pública;
- Aumentar a produtividade dos recursos aplicados em saúde, com racionalização das formas de prestação dos serviços.
- Promover a hierarquização dos serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade, com mecanismos de referência e contra-referência, obedecidas as características locais.
- Implementar áreas de Integração Docente-Assistencial, para a formação de pessoal de saúde de nível superior.



5.2.2 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A disponibilidade de medicamentos e a facilidade de acesso ao seu consumo por parte dos usuários é questão crucial do ponto de vista do nível de qualidade e de resolução dos serviços de saúde em geral.

A programação das ações no campo da assistência farmacêutica a nível governamental, no momento, não acompanha as reais necessidades e prioridades estabelecidas para as atividades de assistência médica. A diversidade de programações de medicamentos no âmbito federal, estadual e municipal, compromete a necessária complementariedade entre assistência farmacêutica e as ações de saúde.

Os esforços isolados voltados para a melhoria da assistência farmacêutica, promovidos pelas SES, INAMPS, Hospitais Universitários e CEME (através de projetos do FINSOCIAL) têm esbarrado na superposição de programações específicas, deficiências operativas da rede de distribuição, inadequação de sistema de armazenamento e falta de estatísticas confiáveis de consumo, levando a perdas consideráveis de medicamentos.

Os pontos de estrangulamento do sistema, já diagnosticados, resultantes do paralelismo de ações, torna imperiosa a necessidade da integração desta área.

Para permitir que as próximas programações venham compatibilizadas e articuladas, propõe-se que cada Unidade Federada desenvolva as seguintes ações:

- programação integrada de medicamentos, considerando as reais necessidades e recursos financeiros disponíveis das instituições participantes, mediante adoção de quadro de consumo de drogas receitadas;
- participação efetiva no intercâmbio, controle, armazenamento e distribuição de medicamentos;
- desenvolvimento de recursos humanos e técnicos para a área.

OBJETIVOS DA ÁREA

- 1 - Aumentar a cobertura da assistência farmacêutica à população carente.
- 2 - Aumentar a resolutividade, por complementação, da assistência primária em saúde.
- 3 - Racionalizar a aquisição, conservação e dispensação de especialidades farmacêuticas.
- 4 - Ampliar a divulgação e adoção da "Relação Nacional de Medicamentos Essenciais" - RENAME e "Memento Terapêutico CEME", mediante amplo debate no âmbito interinstitucional.

5 - Reduzir ao máximo as perdas de produtos farmacêuticos por:

- armazenamento inadequado;
- distribuição precária;
- programação inadequada;
- deficiência de recursos técnicos e humanos.

5.2.3 - DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

O objetivo geral da função de desenvolvimento institucional é a criação de precondições para o desenvolvimento dos serviços de saúde, através do fortalecimento técnico e gerencial dos órgãos e entidades envolvidas com o planejamento, a coordenação, a execução e a avaliação desses serviços em todos os níveis, fortalecimento esse que é expressão operacional de uma política de saúde previamente definida.

O desenvolvimento institucional deve ser visto, portanto, como uma área de atuação que permeia todas as demais áreas, no sentido de anular os pontos de estrangulamento, suprir as deficiências na área instrumental, bem como reforçar ações propostas nas áreas fins, viabilizando assim o Plano de Saúde proposto pela CIS para a Unidade Federada.

Dentro dessa perspectiva, torna-se imprescindível que haja compromisso mútuo entre as instituições envolvidas, mediante articulações programáticas e soma de esforços de órgãos e setores que buscam o objetivo comum de oferecer me

lhores serviços de saúde à população.

OBJETIVOS DA ÁREA

- Conceber e implantar mecanismos e instrumentos de coordenação, acompanhamento e avaliação de ações, bem como de elaboração de planos, programas e projetos;
- Organizar e operar sistemas de administração financeira e orçamentária, bem como implantar mecanismos e procedimentos técnicos e administrativos correspondentes;
- Desenvolver sistemas de planejamento físico (engenharia e arquitetura), organização (normas e procedimentos) e funcionamento dos serviços de saúde, incluindo o componente de apoio logístico.
- Conceber e implantar metodologias e estratégias de capacitação de recursos humanos para os serviços de saúde, incluindo preparo para funções gerenciais.
- Conceber e implantar sistemas de informação estatística e documental em saúde.
- Desenvolver e implementar estratégias e modelos de supervisão dos serviços.

5.3 - ÁREAS ESPECÍFICAS PRIORITÁRIAS

5.3.1 - Promoção de Saúde da Mulher e da Criança

A assistência à saúde da mulher e da criança constitui uma prioridade, por ser este segmento populacional de alta vulnerabilidade biológica e social, além de ser o grupo populacional de maior expressão.

As elevadas taxas de mortalidade e de morbidade desse grupo são decorrentes das más condições de vida da maioria da população: Ainda assim cabe aos serviços de Saúde papel importante na modificação dos perfis nosológicos, sendo de sua responsabilidade organizar-se a fim de responder, não somente à demanda espontânea por ações de saúde, mas também e principalmente, para atuar ativamente no sentido de alterar a história natural das doenças a nível de indivíduo e de população.

Recomenda-se que as Instituições prestadoras de serviços (INAMPS, SES, SMS, MS, MEC), segundo o seu grau de diferenciação técnica, elejam ações de saúde que componham linhas estratégicas de atuação e que mesmo representando, inicialmente, um elenco mínimo de atividades, apontem, a médio prazo, para a perspectiva de assistência integral à saúde da mulher e da criança.

Dentro das atividades de assistência à saúde da mulher, três se destacam como fundamentais:

- assistência pré-natal, ao parto e puerpério;
- prevenção do câncer cérvico-uterino;

• tratamento das afecções ginecológicas mais frequentes.

Em plano complementar, deve-se, na assistência à mulher de idade fértil, cuidar da prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e da orientação sobre a regulação de fertilidade.

Na assistência à saúde da criança, cinco atividades são consideradas prioritárias:

- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- incentivo ao aleitamento materno;
- suplementação alimentar;
- controle de Doenças Diarréicas;
- controle das Infecções Respiratórias Agudas.

OBJETIVOS DA ÁREA

- 1 - Aumentar a cobertura e concentração do atendimento ao pré-natal.
- 2 - Melhorar a qualidade de assistência ao parto e criar mecanismos de referência e contra-referência que englobem pré-natal, parto e puerpério.
- 3 - Aumentar a cobertura das atividades de prevenção.
- 4 - Capacitar os serviços para informar e orientar sobre educação sexual e suas consequências sobre doenças sexualmente transmissíveis e fertilidade.

5.3.2 - Controle de Doenças Transmissíveis

O controle das doenças transmissíveis destaca-se como ação prioritária, em função dos seguintes fatores:

- Magnitude e transcendência do problema que ainda re-presentam as doenças transmissíveis no país.
- Capacidade resolutiva e o baixo custo, em geral, apresentado pelas ações de controle.

Esta área compreende:

A) Ações intensivas de controle de doenças para as quais há disponibilidade de medidas específicas:

- | | |
|----------------|--------------|
| - tuberculose | - coqueluche |
| - hanseníase | - difteria |
| - poliomielite | - tétano |
| - sarampo | - meningite |
| | - raiva. |

B) Algumas ações de controle em relação às doenças sexualmente transmissíveis e febre tifóide.

C) As hepatites, as toxinfecções alimentares, a leptospirose e outras zoonoses e ectoparasitoses, as quais, posteriormente, serão gradativamente incorporadas no programa.

D) As doenças endêmicas que, embora transmissíveis, e devido às especificidades de seu combate, são ain da objeto de ação direta do Ministério da Saúde, através da SUCAM.

OBJETIVOS DA ÁREA

A) Imunizações

- Alcançar as metas de cobertura vacinal conforme estabelece o PNI (Programa Nacional de Imunização), especificamente através da realização de "dias nacionais de vacinação" (antipólio, contra sarampo e a tríplice DPT) e da programação e fortalecimento da rotina de imunização (intensificação de vacinas consideradas obrigatórias, visando alcançar e manter níveis elevados de cobertura vacinal);
- No que diz respeito à raiva, elevar e manter a cobertura de vacinação canina, o controle do tratamento profilático humano e o diagnóstico laboratorial da raiva humana e animal.

B) Controle da Tuberculose

- Implantar e fortalecer as atividades de controle da tuberculose nos diversos níveis da rede de serviços e, especialmente, implementar a baciloscopia através da busca ativa dos sintomáticos respiratórios.

- promover supervisões regulares aos serviços que realizam atividades de controle da tuberculose, inclusive aos laboratórios, reforçando, junto à equipe local, a vigilância epidemiológica da doença e as principais normas de atuação frente a ela;

C) Controle da Hanseníase

- intensificar as ações de controle da hanseníase, particularmente nas regiões onde a endemicidade é mais significativa, devendo-se:
 - tornar as atividades de diagnóstico e tratamento ambulatorial padronizado em atividades rotineiras dos serviços vinculados à rede básica;
 - integrar o apoio laboratorial respectivo, indispensável ao diagnóstico, aos laboratórios que fornecem apoio às ações básicas de saúde;
 - estimular a apresentação voluntária dos doentes suspeitos e comunicantes, além da busca ativa de casos, mediante esclarecimentos junto à população;
 - incorporar a aplicação de técnicas simples de prevenção das incapacidades físicas como atividade básica e de rotina, nos serviços onde houver doentes sob controle;

- referir a níveis mais complexos da assistência aqueles que necessitam de cuidados especiais, bem como a outras instituições que visem a integração social dos doentes.

D) Controle de outras Doenças Transmissíveis

- Desenvolver atividades de controle de algumas doenças não referidas anteriormente, destacando-se:
 - organização de atividades de controle de febre tifóide.
 - organização das atividades de controle de doenças sexualmente transmitidas, mediante:
 - . diagnóstico e tratamento da sífilis, gonorréia, cancro mole e linfogranuloma venéreo;
 - . prevenção da sífilis congênita e da oftalmia gonocócica do recém-nato;
 - . esclarecimento à população em geral.

5.3.3 - Doenças Redutíveis por Saneamento

A inclusão das atividades de saneamento no elenco mínimo de atividades dos serviços básicos de saúde é de reconhecida importância para o êxito dos programas de saúde.

Para que as atividades de saneamento sejam incorporadas à rede de serviços básicos de saúde, além da fundamental importância de uma decisão política, torna-se indispensável

o fortalecimento do nível técnico-central, com certa auto
nomia e mobilidade operacional.

Uma maior articulação inter-institucional, inclusive com envolvimento das prefeituras municipais, se faz necessária, tendo em vista o aproveitamento de recursos técnicos e financeiros, além da maximização da utilização da capacidade instalada. A busca de tecnologia compatível com a realidade e a participação das comunidades, em todas as etapas de implantação dos serviços básicos de saneamento, são componentes indispensáveis para assegurar o bom andamento do trabalho proposto.

A operação e manutenção das soluções implantadas constitui o ponto vital para as atividades básicas de saneamento, não só na preservação das mesmas, mas, principalmente, como garantia do alcance do nível de saúde desejado. Portanto, uma política de implantação, principalmente de sistemas de abastecimento de água, deve vir acompanhada de medidas concretas que definam as responsabilidades, desde o nível local até o central.

Finalmente, como parte complementar do trabalho proposto, destacamos a comprovada importância do esclarecimento à população sobre o significado das condições de saneamento básico no que diz respeito às suas condições de saúde.

PARTE II - OPERACIONALIZAÇÃO



INSTITUTO
MUTANTAN
serviço de vida

OBJETIVOS DA ÁREA

- Promover a implantação de soluções para levar água de boa qualidade às populações, que podem vir a ser desde a simples melhoria das fontes existentes, até a implantação de sistemas de abastecimento de água, principalmente em pequenas localidades;
- Promover a implantação de soluções para o destino adequado de dejetos;
- Fortalecer a infra-estrutura física, através de construção de oficinas de saneamento;
- Promover a construção de lavanderias e cisternas;
- Orientar o descarte sanitário do lixo domiciliar além de outras medidas e soluções que visem a melhoria das condições do meio;
- Promover outras melhorias das condições sanitárias das habitações.



6 - PROGRAMAÇÃO

A programação, na sua parte mais operacional, deverá contemplar uma descrição das metas anuais por área de atuação e estimativa dos recursos necessários, de acordo com normas técnicas emanadas da CIPLAN, MPAS/INAMPS, MS e CIS, preservadas as especificidades institucionais.

Para tanto, há de se proceder a estudos de avaliação da capacidade de cobertura do setor de prestação dos serviços de saúde como um todo. Assim, cada unidade de saúde será analisada individualmente, para se obter não só um perfil de sua produtividade virtual, como também para dimensionar os recursos adicionais necessários a atingir o nível ideal de produção de serviços, com padrão de qualidade satisfatório. Tal estudo deve abranger tanto o segmento ambulatorial, contendo a capacidade de produção de consultas e de exames complementares, quanto o segmento de atenção hospitalar.

Esse diagnóstico preliminar é sobretudo importante na implementação das atividades da área médico-hospitalar. Auxilia, igualmente, o desenvolvimento das demais atividades das áreas específicas, na medida em que estas se realizam através ou em função da estrutura médico-hospitalar. Além disto, permite otimizar a utilização dos recursos existentes, prioritariamente entre as instituições do setor público, de tal modo a obter um rendimento pleno de sua capacidade instalada, inclusive em termos de recursos humanos.

Através de Programação pretende-se:

- que a CIS possa ter uma idéia bastante clara dos problemas de ociosidade e/ou baixa produtividade dos serviços;
- discriminação do diferencial entre a capacidade de produção virtual e o efetivamente programado;
- detecção dos obstáculos existentes à plena utilização da capacidade operacional;
- caminhar no sentido de fortalecer a descentralização do processo de planejamento e programação, envolvendo desde as instâncias centrais (CIS e sua secretaria técnica) até as unidades locais.

6.1 - ORIENTAÇÃO SOBRE A APRESENTAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO

A programação a ser aprovada pela CIS, deverá conter um diagnóstico da situação, a proposição das atividades fins, em termos de metas físicas e a identificação das ações e recursos necessários ao seu alcance.

O documento de programação deve ser analítico, prospectivo e representar a política das instituições, em termos de objetivos, diretrizes e prioridades contendo três capítulos: análise de situação atual, ação proposta e definição das metas através de preenchimento de respectivos formulários.

6.2 - DOCUMENTOS DA PROGRAMAÇÃO

6.2.1 - ANÁLISE DA SITUAÇÃO ATUAL

Essa análise deve descrever a situação político-institucional do setor saúde a nível estadual, indicando:

- o nível de articulação real entre as instituições envolvidas, funcionamento da CIS e sua Secretaria Técnica;
- evolução e/ou pontos críticos do processo de regionalização e hierarquização dos serviços;
- outros entraves ao desenvolvimento da AIS a nível da Unidade Federada;
- análise da situação da programação CEME, do ponto de vista da "Integração das Ações de Saúde".

6.2.2 - AÇÃO PROPOSTA

Esse capítulo deve conter os seguintes aspectos:

- organização proposta para o modelo de prestação de serviços (níveis de assistência, universalização);
- explicitação da participação das instituições envolvidas;

- compatibilização com outras iniciativas setoriais em desenvolvimento ou propostas para a área;
- elaboração conjunta da "Programação de Assistência Farmacêutica" ao nível da Unidade Federada.

6.2.3 - DEFINIÇÃO DE METAS:

As metas devem ser descritas em formulários próprios, quer para as áreas gerais, quer para as específicas, conforme o esquema apresentado no quadro "Sinopse dos Formulários de Programação", constante do Anexo I.

6.1.3 - SINOPSE DOS FORMULÁRIOS DE PROGRAMAÇÃO.

FORMULÁRIOS	TÍTULOS	ÁREA DE ATUAÇÃO	PERIODICIDADE	VALIDADE DA PROPOSTA EM 1984	QUANTIDADE DE DOCUMENTO P/ PERÍODO
A-1	PROGRAMAÇÃO DE METAS FÍSICAS	MÉDICO/HOSPIT	ANUAL	2º SEMEST/84	1
A-2	PROGRAMAÇÃO DE METAS FÍSICAS (DETALHES)	MÉDICO/HOSPIT	ANUAL	2º SEMEST/84	1
A-3	PROGRAMAÇÃO DA NECESSIDADE DE MEDICAMENTOS	ASSIST. FARMAC	ANUAL	2º SEMEST/84	1
A-4	PROGRAMAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL	DESENV. INST.	ANUAL	2º SEMEST/84	1
A-5	PROGRAMAÇÃO POR ELEMENTO DE DESPESA	DESENV. INST.	ANUAL	2º SEMEST/84	1
A-6	ORÇAMENTO FÍSICO	DESENV. INST.	ANUAL	2º SEMEST/84	1
A-7	ORÇAMENTO FINANCEIRO	DESENV. INST.	ANUAL	2º SEMEST/84	1
B-1	PROGRAMAÇÃO POR ATIVIDADES	TODAS	ANUAL	2º SEMEST/84	3
B-2	PROGRAMAÇÃO POR ELEMENTO DE DESPESA	TODAS	ANUAL	2º SEMEST/84	3
B-3	PROGRAMAÇÃO IMPLANTAÇÃO SIST. SIMPL. ABASTEC. D'ÁGUA	SANEAMENTO	ANUAL	2º SEMEST/84	1
B-4	PROGRAMAÇÃO OUTRAS MELHORIAS SANITÁRIAS	SANEAMENTO	ANUAL	2º SEMEST/84	1

7. ACOMPANHAMENTO

O processo de acompanhamento, que deve ser contínuo e permanente, deve objetivar instrumentar o gerenciamento, a programação e a decisão.

Definida a estratégia de atuação integrada dos órgãos públicos, torna-se necessária a compatibilização progressiva desses processos de acompanhamento já em prática por cada uma das instituições participantes.

Para tanto deve ser desenvolvida uma sistemática voltada prioritariamente para avaliar em cada Unidade Federada:

- a) proporcionalidade e montante dos orçamentos das instituições participantes nas AIS;
- b) execução orçamentária;
- c) cobertura assistencial;
- d) qualidade da assistência prestada;
- e) política de recursos humanos;
- f) grau de integração programática;
- g) grau de integração político-administrativa;
- h) impacto sobre o nível de saúde da população;

i) nível de descentralização;

j) nível de participação dos diversos segmentos sociais.

Dentro do processo de acompanhamento, é fundamental a etapa de coleta de dados. Considerando que as instituições participantes possuem metodologia própria de registro de dados e operam seus sistemas de informações com importantes limitações de recursos, optou-se, neste momento de transição, por evitar a introdução de formulários de coleta de dados que complicassem a sistemática atual da organização das informações.

7.1 - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

A compatibilização pretendida pressupõe a satisfação das necessidades de conhecimento em dois aspectos básicos:

- a) conhecimento estatístico para subsidiar os processos de planejamento e decisão e eventualmente a formulação de políticas.
- b) controle gerencial das ações envolvendo a programação, avaliação e pagamento.

No que diz respeito ao item a, até que se unifiquem os sistemas estatísticos das instituições envolvidas, permanecem em prática os documentos e rotinas atualmente utilizados. Reconhecendo que estes sistemas podem e devem ser harmonizados e simplificados, será dada prioridade à continuação dos trabalhos no que diz respeito ao Sistema de Informações, para

que a integração possa se dar a partir de 1985. A manutenção pois, dos atuais sistemas de informações, visa a não permitir a solução de continuidade dos acompanhamentos efetivados até o momento.

Quanto ao item b, torna-se imperioso implantar os instrumentos e rotinas de operacionalização do sistema de custeio das ações ambulatoriais e hospitalares, para atender ao disposto nas Portarias CIPLAN 02, 03, 04 e 05 de 1984 e MPAS/SSM 269, 280, 283, 284 e 286 de 1984, que desencadeiam mudanças na forma de relacionamento das instituições envolvidas. Ainda para atender ao disposto no item 3.1 da Portaria MPAS/SSM 269, torna-se necessária a classificação, pelas CIS, dos portes das unidades ambulatoriais, de acordo com critérios a serem estabelecidos pela CIPLAN.

É importante ressaltar que o cumprimento de todas as rotinas de operacionalização é o que permitirá o pagamento relativo ao atendimento realizado.

Os formulários a-1, a-2 e a-3, que poderão, no decorrer de sua aplicação, sofrer críticas e modificações no sentido de seu aperfeiçoamento, constituem os instrumentos de operacionalização. O "Boletim por Unidade", que serve, hoje, de base no preenchimento do "Boletim de Serviços Produzidos - Resumo" será substituído pelo modelo a-1, enquanto a-2 e a-3 são acréscimos essenciais ao sistema de acompanhamento. Em princípio não haverá alteração dos fluxos e rotinas atualmente em vigor.

Caberá às unidades assistenciais hospitalares e ambulatoriais envolvidas no sistema; a responsabilidade de preenchimento dos novos modelos, que após revisados serão encaminhados ao nível hierárquico imediatamente superior da instituição à qual estão ligadas.

7.2 - ÁREAS GERAIS

7.2.1 - ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

O acompanhamento da área médico-hospitalar deverá ser efetuado através de mecanismos de controle da produção de serviços, da avaliação do nível de integração, do grau de resolutividade e da cobertura atingida utilizando os formulários a-1, a-2 e a-3.

Os critérios a serem estabelecidos deverão adotar como referência e/ou equivalência, a instrumentação de avaliação e controle dada pelo Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), em âmbito hospitalar, e do Sistema de Racionalização Ambulatorial na área equivalente.

7.2.2 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O acompanhamento das ações desenvolvidas nesta área será efetuado através dos seguintes mecanismos: supervisão de avaliação da rede operativa do sistema, controle de estoques mínimos de acordo com formulários próprios e compatibilização de programação e dispensação, baseado em modelos instrumentais a serem implantados.

7.2.3 - DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

O acompanhamento das ações desenvolvidas nesta área de atuação será efetuado não só através do conjunto de formulários que compõem o documento - "SIS - Informações Solicitadas às Secretarias de Saúde das Unidades Federadas"/ Ministério da Saúde, 1984, mas também através de outros documentos enviados pelas Secretarias de Saúde, das viagens de supervisão realizadas pelos técnicos de nível federal, pelos relatórios produzidos em todos os níveis e ainda através de um sistema informal eventualmente existente.

7.3 - AÇÕES ESPECÍFICAS PRIORITÁRIAS

7.3.1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

Esta atividade será acompanhada através dos formulários e demais mecanismos já existentes nas Secretarias de Saúde. Para a transmissão de dados à CIS e ao Ministério da Saúde, deverão ser utilizados os formulários 4/84, 10/84, 11/81, 12/84, 19/83, 36/82 e 38/81, respectivamente, Programa de Serviços Básicos de Saúde, Controle do Câncer Cêrvico Uterino, Programa de Nutrição em Saúde, Programa Nacional de Imunizações e Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, segundo os prazos e os fluxos descritos no documento "SIS - Informações Solicitadas às Secretarias de Saúde das Unidades Federadas", Ministério da Saúde-1984.

7.3.2 - CONTROLE DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Do mesmo modo que a anterior, esta atividade deverá ser acompanhada através de mecanismos e formulários já existentes nas Secretarias de Saúde. Para a transmissão de dados à SIS e ao Ministério da Saúde, deverão ser utilizados os formulários 7/84 - Controle de Hanseníase, 8/83 e 9/84 - Controle da Tuberculose, 13/84 - Atividades da Rede de Laboratórios de Saúde Pública, 16/82, 17/83, 18/83 - Vigilância Epidemiológica, 19/83 - Imunizações, 36/82, 37/83 e 38/84 - Cadastro de Estabelecimento de Saúde, Declarações de Óbitos, Planilhas ou Fitas Magnéticas do Sistema de Informações sobre Mortalidade, 14/83 - Informações sobre Poliomielite e 40/84 FINSOCIAL - Controle de Doenças Transmissíveis. As instruções sobre o fluxo e a periodicidade estão no documento "SIS - Informações Solicitadas às Secretarias de Saúde das Unidades Federadas", Ministério da Saúde, 1984.

7.3.3 - CONTROLE DAS DOENÇAS REDUTÍVEIS POR SANEAMENTO

Também neste caso será utilizada a sistemática de acompanhamento realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e a transmissão de dados para a CIS e para o Ministério da Saúde será feita através dos formulários 34/84 e 35/84 - Atividades de Saneamento, constantes do documento "SIS - Informações solicitadas às Secretarias de Saúde das Unidades Federadas", Ministério da Saúde, 1984, segundo os prazos e fluxos ali definidos.

7.4 - SINOPSE DOS DOCUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO

	FORMULÁRIOS	TÍTULOS	ÁREA DE ATUAÇÃO	PERIODICIDADE	VALIDADE DA PROPOSTA EM 1984	ANO DE IMPLEMENTAÇÃO
ÁREA GERAL	P-1	SERVIÇOS AMBULATORIAIS (FRENTE E VERSO)	MÉDICO/HOSP.	MENSAL	2º SEMEST/84	1982 SUBST.SP
	P-2	ENTRADA HOSPITALAR (PROVISÓRIO)	MÉDICO/HOSP.	MENSAL	2º SEMEST/84	1984
	P-3	SERVIÇOS HOSPITALARES	MÉDICO/HOSP.	MENSAL	2º SEMEST/84	1984
	P-4	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	FARMACÊUTICA	MENSAL	2º SEMEST/84	1984
	P-5	ACOMP./FUNÇ. DA REDE DE SERV. BÁSICOS DE SAÚDE	PSMC, D.I.,	TRIMESTRAL	1984	1981
	P-6	ACOMP./DO PROJ. DE SERV. BÁSICOS DE SAÚDE	D.I.,	ANUAL	1984	1981
ÁREAS ESPECÍFICAS	B-1	CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO	PSMC,	ANUAL	1984	1981
	B-2	PROGRAMA DE NUTRIÇÃO EM SAÚDE-MOV. DE ESTOQUE	PSMC,	ANUAL	1984	1981
	B-3	PROGRAMA DE NUTRIÇÃO EM SAÚDE-MOV. DE BENEFICIÁRIOS	PSMC,	ANUAL	1984	1981
	B-4	BOLETEM MENSAL DE IMUNIZAÇÕES	PSMC, D.T.	MENSAL	1984	1983
	B-5	ACOMP. ANUAL DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA HANSENÍASE	D.T.,	ANUAL	1984	1981
	B-6	DECLARAÇÃO DE ÓBITO	D.T.,	ANUAL	1984	1976
	B-7	ASSIST. MÉDICO-SOCIAL AOS PORTADORES DE TUBERCULOSE	D.T.,	TRIMESTRAL	1984	1982
	B-8	DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	D.T.,	ANUAL	1984	1982
	B-9	ATIVIDADES DA REDE DE LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	D.T.,	MENSAL	1984	1982
	B-10	FICHA DE CASO - POLIOMIELITE	D.T.,	EVENTUAL	1984	1982
	B-11	DIAGNÓSTICO DE POLIOMIELITE	D.T.,	QUINZENAL	1984	1982
	B-12	BOLETEM SEMANAL DE NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS	D.T.,	SEMANAL	1984	1983
	B-13	ALIMENTAÇÃO DE ESTOQUE DE VACINAS	D.T.,	MENSAL	1984	1983
	B-14	ACOMP. DE PROJ. DE CONTR. DE DOENÇAS TRANSM.-FINSOCIAL	D.T.,	TRIMESTRAL	1984	1984
	B-15	ACOMP. DE PROJETO DE SISTEMA DE ABASTECIMENTO D'ÁGUA	D.R.S.,	TRIMESTRAL	1984	1984
	B-16	ACOMP. DE SOLUÇÕES P/O LEST. DE DEJETOS	D.R.S.,	TRIMESTRAL	1984	1984

ANEXO I

FORMULÁRIOS DE PROGRAMAÇÃO COM INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

INSTRUÇÕES PARA PROGRAMAÇÃO

A - ÁREAS GERAIS

1. Área de Assistência Médico-Hospitalar (Formulários A-1 e A-2)

O processo de elaboração da programação desta área deve buscar a adequação do uso dos recursos existentes, visando a plena utilização de sua capacidade potencial, fazendo com que a potência máxima de atividade possível de ser realizada, seja calculada com base nos recursos existentes - materiais (áreas físicas, equipamento, leitos) e dos recursos humanos disponíveis.

Os parâmetros necessários à elaboração dos cálculos devem ser os da PT/MPAS/SSM 3046 ressalvadas as situações específicas que forem justificadas pela CIS. Deve acompanhar a programação a memória de cálculo utilizada.

Cada Instituição prestadora de serviços deve preencher os dois quadros: INAMPS - próprios; Secretaria Estadual de Saúde próprios do Ministério da Saúde (Co-Gestão, FSESP).

A CIS procederá, através de sua Secretaria Técnica, ao levantamento dos dados necessários.

• PROGRAMAÇÃO DAS METAS/TETOS DE PRODUÇÃO/84, POR TIPO DE ATIVIDADE (FORMULÁRIOS A-1 e A-2).

• Os quadros apresentam discriminadas as atividades desenvolvidas, que deverão ser preenchidas da seguinte forma:

- COLUNA 1 - Trata-se do levantamento da produção potencial, tornando-se como base, a capacidade instalada, a nível de recursos físicos-materiais.
- COLUNA 2 - Trata-se do levantamento da produção potencial, tomando-se como base, os recursos humanos existentes.
- COLUNA 3 - Produção realizada no ano de 1983.
- COLUNA 4 - Metas/tetos programados para 1984.
- COLUNA 5 - Os recursos necessários para se atingir a Meta para 1984 (financeiros, materiais e humanos).

O formulário A-3 representa a consolidação da coluna metas do formulário A-2 de cada instituição participante. Permite uma análise global da cobertura estabelecida e sua conseqüente distribuição pelas diversas entidades participantes, subsidiando o gerenciamento quer a nível local, regional ou estadual.

A partir do processo de elaboração e dos dados levantados pretende-se:

- que a CIS possa ter uma idéia bastante clara dos problemas de ociosidade e/ou baixa produtividade dos serviços;

- diferencial entre a produção potencial e o efetivamento programado;



- obstáculos existentes à plena utilização da capacidade operacional;
- obter subsídios para a construção da programação conjunta, na área de desenvolvimento institucional;
- caminhar no sentido de fortalecer a descentralização, na medida em que neste processo estão envolvidos desde as Instâncias centrais (CIS, Secretaria Técnica) até as unidades locais de prestação de serviços.

2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Programação da necessidade de medicamentos, tomando-se por base a demanda de todo receituário, atendido ou não, em cada Unidade de Saúde.

3. DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

A programação nesta área deve compatibilizar a programação de todas as demais áreas, gerais e específicas, buscando conceber esta como função estratégica que viabilize e facilite o desempenho das ações integradas como um todo. Assim na programação é imprescindível que se busque a adequação e a modernização da estrutura permanente das instituições com a finalidade de garantir o seu pleno funcionamento.

Recomenda-se que na programação, considere-se:

- a) planejamento e programação
- b) execução e controle orçamentário e financeiro
- c) informação em saúde
- d) documentação em saúde
- e) estrutura física e organização de serviços
- f) administração de material e suprimento
- g) construção e adequação de unidades de saúde
- h) recursos humanos
- i) supervisão e educação continuada
- j) administração de pessoal

B - ÁREAS ESPECÍFICAS

São referências para programação:

Em Controle de Doenças Transmissíveis

Tomar como referência o documento "Instrução para preenchimento dos formulários de planejamento de atividades com recursos do "FINSOCIAL" para as atividades fins.

Em Promoção da Saúde da Mulher e da Criança

Recomenda-se que a programação deva ser elaborada de acordo com as condições técnico-operacionais de cada instituição, e que se elejam um elenco mínimo de atividades a serem desenvolvidas.

Destacam-se como fundamentais:

- assistência prenatal ao parto e puerpério;
- prevenção do câncer cérvico-uterino;

- tratamento das afecções ginecológicas mais frequentes;
- acompanhante do Crescimento e Desenvolvimento;
- incentivo ao aleitamento materno;
- suplementação alimentar (anexo I);
- controle de doenças diarréicas;
- controle de doenças respiratórias agudas;

Em doenças redutíveis por saneamento indicar:

- . Programação de implantação de Sistemas Simplificados de abastecimento d'água.
- . Relacionar, por Região de Saúde e Municípios, as localidades a serem beneficiadas, suas populações: atual e as que serão beneficiadas, após conclusão do projeto; tipos de sistemas: se ligações domiciliares, chafariz ou misto; o custo do investimento por fontes de financiamento e as instituições responsáveis pela implantação, operação e manutenção.
- . programação de implantação de soluções para o destino de dejetos e outras melhorias sanitárias.
- . programação da implantação de soluções para o destino de dejetos e/ou outras melhorias sanitárias.
- . relacionar, por Região de Saúde e Municípios, as localidades a serem beneficiadas, suas populações: atual e as que serão beneficiadas; os tipos e quantidades de melhorias sanitárias: destino de dejetos e outras melhorias a serem implantadas, custo dos investimentos por fonte de financiamento e as instituições responsáveis

veis pela implantação. Considerar além das melhorias sanitárias propriamente ditas: construções de poços rasos, proteção de fontes, distribuição de filtros, etc., outras melhorias tais como, lavanderias sanitárias públicas, oficinas de saneamento, etc.