



**Universidade Federal da Bahia
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Denise Nogueira Cruz

**A PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PRÁTICA
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Salvador
2009



**Universidade Federal da Bahia
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Denise Nogueira Cruz

**A PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PRÁTICA
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Planejamento e Gestão de Sistemas de Saúde do Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Prof. Rosana Aquino Guimarães Pereira

Salvador
2009

Ficha Catalográfica
Elaboração Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

C957 Cruz, Denise Nogueira.

A programação da atenção básica na prática das equipes de saúde da família. / Denise Nogueira Cruz. – Salvador: D.N. Cruz, 2009.

86f.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Rosana Aquino Guimarães Pereira.

Dissertação (mestrado profissional) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

1. Programação em Saúde. 2. Planejamento em Saúde. 3. Atenção Básica.
4. Saúde da Família. I. Título.

CDU 614.2

Denise Nogueira Cruz

A PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PRÁTICA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Planejamento e Gestão de Sistemas de Saúde.

Data da aprovação: 27 de novembro de 2008.

Banca Examinadora:

Prof^a. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Prof^a. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof^a. Rosana Aquino Guimarães Pereira (Orientadora)
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

AGRADECIMENTOS

A professora Rosana Aquino por mais uma oportunidade de compartilhar seu saber afetuosamente. Pelas provocações, pela confiança e paciência.

A professora Ana Luiza Vilasbôas pelos ensinamentos na vida profissional e pessoal. Pelo apoio, carinho, pela amizade e confiança sempre depositada.

A professora Heloniza Costa pela atenção, gentileza e pelas instigantes contribuições na qualificação.

A professora M^a Isabel Vianna pelo privilégio de ter sido sua aluna, pela amizade e, principalmente, por introduzir-me no campo da Saúde Coletiva.

A professora M^a Cristina Cangussu, incentivadora do meu aprimoramento profissional, pelo carinho e amizade.

As colegas da FOUFBA Isabel, Cristina, Sônia, Andréia, Sandra, Eliane, Joana e Tatiana pela amizade, pelo apoio nos momentos ausentes e aprendizado mútuo.

A Guadalupe Medina (especialmente, na construção da matriz de análise), Cristiane Abdon, Tânia, Ana Carla, Renata e Bárbara pelas valiosas contribuições.

Aos profissionais da SMS do município estudado, em especial aos entrevistados, pela contribuição fundamental no momento da coleta de dados.

Aos colegas do Mestrado pela convivência enriquecedora. Especialmente, Suzana pela confiança e oportunidade de aprender e trabalhar com você e sua equipe.

Aos amigos: Kau, Zuza, Sara, Vivi, Dayse, Bião, Michela, Lu e Juli. Por compartilhar (perto ou longe) as alegrias e os desafios cotidianos da consolidação do SUS.

Aos professores, a Valéria, Welligton e aos colegas da Residência do ISC pela convivência intensa e construtiva. A Viviane e Paula pelo aprendizado e amizade entre as “nutriemfadontas”.

A Mainha, Nalva, Cris e Rose pelo apoio estratégico nos momentos ausentes.

A Quel, Nanda, tia Cata, Márcio, Lú e Gabi, acompanhando cada momento dessa longa jornada. Sem o apoio de vocês o caminho seria mais doloroso.

A Painho, Mainha e Liu pelo apoio constante, amor incondicional, por serem a minha família. Sem vocês a concretização deste sonho não seria possível.

A Lú por compartilhar as angústias, dificuldades diárias, incertezas e ausências. Pelo companheiro que és! É com muito afeto que agradeço a amizade, o apoio e aprendizado nestes anos.

E, finalmente a Pedro, meu amado filho, com quem compartilhei “silenciosamente” conquistas, alegrias, angústias e difíceis decisões. Você, sem dúvida, foi a grande inspiração para continuar na busca desse objetivo.

E aprendi que se depende sempre
De tanta muita diferente gente
Toda pessoa sempre é a marca
Das lições diárias de outras tantas pessoas
(Gonzaguinha)

CRUZ, Denise Nogueira. **A programação da atenção básica na prática das equipes de saúde da família**. 86f. 2009. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RESUMO

A construção do SUS estimulou o desenvolvimento de instrumentos para o planejamento e programação em saúde. Programar é sinônimo de planejar o melhor uso dos recursos e, na saúde, inspira-se em idéias racionalizadoras do método CENDES-OPS. A Programação Pactuada Integrada (PPI) caracteriza-se como uma ferramenta de planejamento e, para a operacionalização da Programação da Atenção Básica, foram elaboradas planilhas-resumo pelo Ministério da Saúde que definiam o cálculo dos procedimentos e ações a serem realizadas. O objetivo deste estudo é analisar a utilização da Programação da Atenção Básica pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) identificando se esta ferramenta contribuiu para o planejamento da equipes e, conseqüentemente na organização das suas práticas de modo a responder as necessidades de saúde da população. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório desenvolvida num município de grande porte da região Nordeste do Brasil. Foram estudadas duas Equipes de Saúde da Família que haviam participado da Programação da Atenção Básica no ano de 2007. Desenvolveu-se a coleta de dados através da análise documental e realização de entrevistas semi-estruturadas e para a análise dos dados foi construída uma matriz com dimensões e categorias previamente estabelecidas. Os resultados apontam que a Programação da Atenção Básica é potencial indutor de mudanças das práticas das ESF e pode constituir-se numa importante etapa do planejamento. Discute-se ainda, neste estudo, as possibilidades de contribuição da Programação da Atenção Básica para uma reflexão crítica a respeito das necessidades de saúde e dos parâmetros estabelecidos nacionalmente.

Palavras-Chave: Programação da atenção básica, Planejamento em Saúde, Atenção Básica e Saúde da Família.

CRUZ, Denise Nogueira. **A programação da atenção básica na prática das equipes de saúde da família.** 86f. 2009. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

ABSTRACT

The construction of the SUS has stimulated the development of instruments to planning and health programming. Programming is a synonym of planning the best use of resources and, on health; it is inspired by rationalizer ideas from CENDES-OPS. The Integrated Covenanted Programming (PPI) is characterized as a planning instrument and, for the Primary Health Programming operationalization, summary-spreadsheets were elaborated by the Ministry of Health that defined the calculation of procedures and actions to be fulfilled. The objective of this study is to analyze the utilization of the Primary Health Programming by Family Health Teams (ESF) identifying if that instrument has contributed to the planning of teams and, consequently, in the organization of their practices in order to respond to health needs of the population. It is about qualitative research on exploratory character developed in a large municipality in Northeast of Brazil. Two Family Health Teams, which had participated in Primary Attention Programming in the year 2007, were studied. It has been developed data collect through documental analysis and the fulfillment of semi-structured interviews and, for data analysis, it was constructed a matrix with dimensions and categories previously established. Results point out Primary Attention Programming as a potential inductor into changes of Family Health Teams' practices and can constitute itself in an important planning stage. It is still discussed, in this study, possibilities of contribution from Primary Attention Programming for a critical reflexion about health needs and parameters nationally established.

Key-words: Primary Health Programming, Health Planning, Primary Health Care and Health Family.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS- Agente Comunitário de Saúde
- ACD- Auxiliar de Consultório Dentário
- APS- Atenção Primária em Saúde
- CLS- Conselho Local de Saúde
- DAB- Departamento de Atenção Básica
- ESB- Equipes de Saúde Bucal
- ESF- Equipe de Saúde da Família
- EZR- Equipe da Zona Rural
- EZU- Equipe da Zona Urbana
- MS- Ministério da Saúde
- NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde
- NOB- Norma Operacional Básica
- PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PES- Planejamento Estratégico em Saúde
- PPI- Programação Pactuada Integrada
- PSF- Programa Saúde da Família
- SIA- Sistema de Informação Ambulatorial
- SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica
- SISPACS- Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários
- SMS- Secretaria Municipal de Saúde
- SES- Secretaria Estadual de Saúde
- SIS- Sistema de Informação em Saúde
- SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS- Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Desenho Lógico adotado para o desenvolvimento das categorias e variáveis do estudo-----31

Figura 2- Quadro das Dimensões, categorias e variáveis construídas para a análise do estudo-----33

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE FIGURAS

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO	15
2 METODOLOGIA	27
2.1 Caracterização do Município e Critérios de Seleção das Equipes	27
2.2 Breve Caracterização das ESF Estudadas	28
2.3 Definição de Categorias e Variáveis	29
2.4 Coleta, Processamento e Análise dos dados	34
3 RESULTADOS	36
3.1 Caracterização da Programação da Atenção Básica no Município Estudado	36
3.2 Programação da Atenção Básica	37
3.2.1 Elaboração da Programação da Atenção Básica	37
3.2.2 Implementação da Programação da Atenção Básica	43
3.3 Práticas Assistenciais	47
3.3.1 Lógica das Intervenções	47
3.3.2 Elenco de Serviços e de Ações de Saúde	49
3.4 Dificuldades	54
4 DISCUSSÃO	57

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	65
APÊNDICES -----	71
A- Matriz de Análise -----	72
B- Análise Documental -----	75
C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -----	75
D- Termo de Anuência Institucional -----	78
ANEXOS -----	79
A- Planilhas da Programação da Atenção Básica utilizadas com as ESF do município -----	80
B- Quadro síntese, população por faixa etária, utilizado na Programação da Atenção Básica com as ESF do município -----	86

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é resultado de um Mestrado Profissional realizado mediante a parceria do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, da Secretaria de Saúde do município estudado e do Ministério da Saúde. Enquanto membro da Coordenação da Atenção Básica do referido município, optei por desenvolver um estudo no qual o objeto em questão configurava-se na própria prática de trabalho.

O envolvimento com o objeto em estudo - inevitável pela posição em que me encontrava - constituiu-se, por si só, numa motivação particular e necessária para desenvolvimento da pesquisa. Por outro lado, este envolvimento determinava limitações para a objetivação.

O presente estudo trata da *Programação da Atenção Básica com Equipes de Saúde da Família* que a partir de 2006 passou a ser utilizada com as Equipes de Saúde da Família - ESF neste município da região Nordeste brasileira. O município manteve a utilização desta ferramenta de planejamento, mesmo com a interrupção de seu uso por parte do Estado do qual faz parte e com as mudanças advindas com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006d).

Enquanto membro da equipe técnica deste município, participei da elaboração e condução das oficinas com os profissionais bem como da Programação com as equipes. No ano de 2007, em virtude das mudanças na organização do processo de trabalho da Coordenação Municipal da Atenção Básica, estive ainda mais envolvida com as ações referentes à utilização desta ferramenta pelas equipes.

Este trabalho é fruto de uma experiência construída com os profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS e decorre das inquietações cotidianas de construir instrumentos que possam subsidiar a organização dos serviços de saúde a fim de responder, de modo mais equânime, às necessidades de saúde da população. Também, resulta dos questionamentos sobre a própria prática exercida e do entendimento que a participação coletiva (neste caso; gestão da Atenção Básica, profissionais e usuários) no planejamento das práticas de saúde podem permitir o alcance de melhores resultados.

Apesar das dificuldades enfrentadas na construção deste trabalho - algumas advindas da necessidade de objetivação outras das particularidades inerentes à pesquisa - a prática experimentada dava-me certeza da necessidade de chamá-los para este debate acerca do planejamento em saúde.

1 INTRODUÇÃO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde - SUS - no Brasil possibilitou sucessivas elaborações teórico-metodológicas, experimentações práticas e instrumentais no campo do planejamento e organização dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2001b).

Na perspectiva de estabelecer uma contextualização das práticas de planejamento e programação local em saúde, destaca-se a necessidade de resgatar os conceitos e aspectos mais abrangentes das vertentes que contribuíram para elaboração de enfoques de planejamento em saúde na América Latina e, especificamente, no Brasil.

O entendimento mais amplo de planejamento é o de não-improvisação, mas o termo, também, tem sido utilizado para designar ferramenta ou tecnologia de gestão, uma técnica ou um cálculo que precede e preside a ação (GIOVANELLA, 1991; MATUS 1993; SCHRAIBER e colaboradores, 1999; VILASBOAS, 2006).

A noção de planejamento, enquanto necessidade para alcançar o desenvolvimento, foi introduzida na América Latina a partir de propostas elaboradas para a área econômica e cujos princípios foram transportados para a saúde. Neste sentido, a prática de programação em saúde é introduzida através da elaboração do método CENDES-OPS (GIOVANELLA 1991; TEIXEIRA, 2001b).

O método CENDES-OPS (1965) define a programação, propriamente dita, em preparação de planos de ação que devem ser propostos à autoridade política para que seja decidido o que deve ser feito. A lógica da programação do método implica na relação entre concentração (número de vezes que se realiza um procedimento, ação ou atividade sobre um determinado sujeito), cobertura (razão entre o número de sujeitos atendidos e o número total de sujeitos da comunidade) e rendimento (número de tarefas realizadas por um instrumento em período determinado, ou seja, capacidade potencial da oferta de serviços) (OPAS, 1965).

Segundo Rivera (1989) a crítica à programação local, dirigida ao Método CENDES-OPS e suas variantes, está relacionada com a lógica de estimativa de recursos e otimização econômica que a aproxima dos enfoques baseados na oferta de recursos em detrimento das necessidades de saúde. O autor acrescenta, ainda, as seguintes críticas à programação local: o caráter tecnocrático na qual um único ator programa; a dissociação da programação regional; a concentração em

problemas de saúde programáveis no âmbito setorial e a não participação efetiva da população.

Dentre outros fatores, o surgimento de problemas que o método CENDES-OPS não conseguia resolver determinou a busca por outros enfoques metodológicos a exemplo da incorporação do diagnóstico situacional e da “política” como fator interferente para realização de planos. Em 1973, a OPAS assume o fracasso do método e, atualmente, pode-se dizer que o CENDES em sua proposta original não é mais utilizado (GIOVANELLA, 1991).

Vale ressaltar que, apesar das restrições no uso do método CENDES-OPS, enquanto proposta metodológica, alguns de seus componentes ainda contribuem para práticas e/ou estudo do planejamento (GIOVANELLA, 1991). Um exemplo é a priorização de problemas relativos ao estado de saúde da população utilizando os critérios de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos difundidos pelo método (GIOVANELLA, 1991; VILASBÔAS, 2003).

As limitações do método CENDES-OPS e do planejamento normativo como um todo contribuíram para a crítica metodológica-operacional da programação em saúde e permitiram a elaboração de um enfoque estratégico; mais próximo do conceito de necessidades de saúde através do critério das condições de vida. (RIVERA, 1989).

O pensamento estratégico de Mário Testa, juntamente com a planificação situacional de Carlos Matus foram pilares importantes para o desenvolvimento do enfoque estratégico-situacional no planejamento em saúde.

Diferentemente do método normativo, o planejamento situacional, segundo Matus (1993), pressupõe que o ator planeja dentro de uma realidade e admite que ele coexista ali com outros atores que, também, planejam. Neste contexto, o autor acrescenta que é impossível identificar o planejamento apenas como desenho normativo, porque cada ator deve vencer a resistência dos outros atores.

O enfoque estratégico de planejamento em saúde pode ser entendido como formulações que rompem com a normatividade do “deve ser” em que processos de planejamento consideram a questão do poder (GIOVANELLA, 1999).

Algumas deficiências do planejamento estratégico em saúde (PES) apontadas por Rivera & Artmann (1999) apresentaram a possibilidade de uma abordagem comunicativa em planejamento a partir de uma problematização coletiva. O reconhecimento do ato de planejar como relação interativa; a adoção da negociação

cooperativa; a valorização da explicação do outro; o destaque concedido à cultura, são alguns dos elementos apontados que distancia o planejamento comunicativo de uma perspectiva puramente racional (RIVERA & ARTMANN, 1990).

No Brasil, na segunda metade da década de 70, enquanto se aprofundavam as contradições no âmbito do setor saúde através de políticas de saúde autoritárias e privatizantes, movimentos sociais renasciam (PAIM, 2008). Os enfoques do planejamento e programação em saúde tiveram foro privilegiado para discussão e experimentação no contexto resultante das transformações políticas ocorridas no Brasil após regimes totalitários. Constituíram-se, assim, espaços para construção de mudanças que subsidiaram formulação de propostas de organização da assistência em saúde (TEIXEIRA, 2001a).

Durante a composição do arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde ocorreu a transformação das Ações Integradas de Saúde (AIS) nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) entendidos como “estratégia-ponte” para instalação do SUS (PAIM, 2003; 2008). A implantação dos SUDS constituiu espaços políticos-institucionais onde se inseriam propostas de superação dos limites racionalizadores da política vigente a exemplo da implantação dos Distritos Sanitários (TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

A proposta dos Distritos Sanitários no país permitiu retomar a discussão do planejamento e organização dos serviços de saúde, antes inaugurada com o método CENDES, articulando-o com a moderna epidemiologia, com as contribuições da “nova geografia” de Milton Santos e o enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus (TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

A construção dos Distritos pretendia redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde a fim de responder às demandas da população, atender as necessidades de saúde e contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive e trabalha naquele espaço territorial (MENDES, 1993).

Fundamentando-se na abordagem desenvolvida, até o momento, para construção do quadro teórico acerca da programação – origem e introdução no setor saúde – e sua relação com o contexto de transformação das políticas sanitárias no Brasil, é importante destacar dois aspectos mencionados por Mendes (1993): necessidades de saúde e a organização das ações e serviços de saúde.

No que diz respeito às necessidades de saúde, Schraiber & Mendes-Gonçalves (1996) discutindo a complexidade da definição ressaltam que a imagem mais clara de necessidades de saúde está representada pela procura por cuidados médicos (que caracteriza a *demanda*).

Ao debaterem sobre a origem dessa busca por intervenções, os autores apontam a relação entre o carecimento do indivíduo e o modo como são organizadas as ações em saúde bem como a relação com o “*contexto instaurador de necessidades*”. Acrescentam, ainda, que estas necessidades não aparecem sem história ou sem razão social.

Instaurar necessidades com base na produção de serviços significa, também, criar valores quanto ao “cardápio” das necessidades ou padrão de necessidades na sociedade... Esse processo se dá por meio do valor que atribuímos à satisfação das necessidades na sociedade, o que reiteramos através de seu consumo sistemático. (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996, p.30)

A população apresenta necessidades diversas e satisfazê-las significa permitir de alguma forma o seu consumo; entretanto, a insuficiência dos recursos disponíveis e a tendência crescente destes custos, nos diferentes níveis de atenção, exigem um equilíbrio entre o consumo e os custos dos serviços. Neste sentido, a definição de níveis estratificados de necessidades (primário, secundário e terciário) pode significar uma racionalização de formas e conteúdos de intervenção técnica como, também, o estabelecimento de uma reprodução acrílica dos “cardápios” das necessidades e da definição de suas respostas sem procurar identificar outras necessidades (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996).

No que diz respeito à organização das ações e serviços de saúde, vale destacar que os espaços de experimentação criados com a implantação do SUDS estimularam o desenvolvimento de estratégias de mudança organizacional e técnico-assistencial (TEIXEIRA & SOLLA, 2006). Tais estratégias são aqui entendidas como modelos assistenciais.

De acordo com Paim (2002), a Vigilância da Saúde, enquanto modelo de atenção, considera a possibilidade de intervenções voltadas para o controle de danos, de riscos e de causas, incorporando a promoção e a proteção da saúde ao conjunto articulado de medidas adotadas pelo SUS. Este modelo alternativo, para o autor, permite dialogar com os cinco níveis de prevenção de Leavell & Clarck propostos para o âmbito individual.

Deste modo, ao organizar as ações e serviços de saúde a partir da concepção de um determinado modelo assistencial, pretende-se de alguma maneira responder as necessidades de saúde da população. Entretanto, entende-se que, para a organização das ações e serviços de saúde, planos devem ser traçados. Isto implica, ao menos em tese, a utilização do planejamento em saúde.

Cabe, portanto, a reflexão sobre como os diversos níveis de atenção à saúde, em um contexto de organização de práticas segundo o modelo da Vigilância da Saúde podem utilizar ferramentas da programação e do planejamento em saúde de modo que se estabeleça esse referido caráter abrangente.

Nesta perspectiva, ressalta-se que na construção do modelo assistencial da Vigilância da Saúde, a reorganização da atenção básica assume um caráter estratégico. A atenção básica é aqui entendida como porta de entrada preferencial e caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006a).

Considera-se aqui a atenção básica não como uma Atenção Primária em Saúde (APS) seletiva, simplificada, centrada na assistência de baixo custo ou apenas como um nível de atenção. Compreende-se uma APS resolutiva que garanta acesso equitativo a serviços básicos de saúde, atenção abrangente e coordenada, abordando a maioria das necessidades e demandas de atenção à saúde da população em todo ciclo de vida (OPAS, 2007; STARFIELD, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde - MS (2006a), a atenção básica utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância, e é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

No que diz respeito à organização da atenção básica, a “Estratégia de Saúde da Família”, constituída pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS e o Programa de Saúde da Família-PSF foi definida como prioritária para organização deste nível de atenção no Brasil (BRASIL, 2006a).

Segundo documentos do Ministério da Saúde, o PSF deve promover a reorganização da prática assistencial provocando reflexos em todos os níveis do sistema (BRASIL, 2003a). Para tanto, a forma como os serviços e as práticas de saúde das equipes se organizam, devem configurar a possibilidade de mudança

redirecionando enfoques e ações pautados no paradigma da Vigilância da Saúde e na ampliação da cidadania brasileira (BRASIL, 2004).

Entende-se, portanto, que para o trabalho das equipes da Atenção Básica e de Saúde da Família o planejamento é uma ferramenta indispensável enquanto meio que apóia a análise da situação de saúde e a definição dos objetivos, atividades, responsáveis e recursos necessários para enfrentar os problemas (BRASIL, 2006c).

A compreensão sobre as possibilidades de incorporação da programação e planejamento local em saúde, especificamente no âmbito da atenção básica, na tentativa de organizar as respostas institucionais às necessidades de saúde da população permite uma discussão sobre as ferramentas disponibilizadas no setor e como a descentralização da saúde e instrumentos legais tem contribuído com este processo. A utilização destas ferramentas de programação configura-se o foco em estudo.

A descentralização da saúde tornou a esfera municipal a principal responsável pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde (BODSTEIN, 2002). Esse processo de descentralização foi normatizado por meio de instrumentos legais como a NOB/93, NOB/96 e NOAS/2001.

A NOAS/2001 definiu responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros deveriam desenvolver no âmbito da atenção básica como, também, buscou articular este nível de atenção com a rede de serviços de maior complexidade através de instrumentos específicos, dentre eles a Programação Pactuada Integrada (BRASIL, 2003a).

A Programação Pactuada Integrada (PPI), apesar de constar como proposta na NOB/96, só foi regulamentada pela Portaria do GM/MS nº483/2001 complementar a NOAS 01/2001. A PPI caracteriza-se numa ferramenta inserida no processo de planejamento, que exhibe o viés normativo, no qual as necessidades de saúde são consideradas como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

Para a operacionalização da PPI, o MS desenvolveu e disponibilizou um *software* que contemplava vários aspectos do processo de programação, sendo que para a Programação da Atenção Básica foram construídas planilhas-resumo que definiam parâmetros e permitiam a realização do cálculo dos procedimentos e ações a serem realizadas (BRASIL, 2003a).

Vale destacar que programar é sinônimo de planejar o uso dos recursos e a programação em saúde do SUS, originalmente, inspira-se em idéias “racionalizadoras” do método CENDES-OPS, em que os conceitos de cobertura, concentração populacional compõem a base de cálculo das atividades ou procedimentos a serem oferecidos à população de um determinado território (NEMES, 1993; BRASIL, 2006c).

Merece aqui a distinção realizada por Schraiber (1993) entre programação-técnica de planejamento e a programação-modelo assistencial. No presente estudo adota-se a perspectiva da programação enquanto técnica do planejamento e trata, especificamente, da ferramenta – Programação da Atenção Básica - utilizada pelo MS/SES que antecede e norteia a Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica.

Comunga-se com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS ao entender a Programação da Atenção Básica como: etapa do planejamento para operacionalizar ações necessárias no alcance de metas estabelecidas; ferramenta que subsidia a reorganização deste nível de atenção e como um processo não limitado às informações de séries históricas de produção de procedimentos em detrimento das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2003a).

Entretanto, para discussão da ferramenta Programação da Atenção Básica três aspectos coadjuvantes na construção deste estudo merecem ser abordados: 1) os parâmetros adotados para a programação; 2) a contribuição dos sistemas de informação, bem como o adequado gerenciamento dos dados; e 3) a importância de estruturação da avaliação nos sistemas de serviços de saúde e monitoramento da programação municipal.

Para construção dos parâmetros elaborados para subsidiar a Programação da Atenção Básica (concentração das ações/ estratégias por indivíduo por ano) foram consideradas a cobertura e concentrações ideais apontadas pelas áreas técnicas, consensos de especialistas, publicações internacionais, protocolos clínicos para a organização dos serviços da rede de Atenção Básica, programações realizadas por Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde - SES e SMS - e séries históricas de produção de procedimentos para os itens de urgência básica em 2000 (BRASIL, 2006b; BAHIA, 2006; SAMPAIO, 2002; OLIVEIRA, 2004).

Entretanto, deve-se considerar que, apesar de conformar-se numa ferramenta de planejamento, a incorporação acrítica dos parâmetros estabelecidos para a Programação da Atenção Básica pode não resultar na organização de serviços que

reflita as reais necessidades de uma população (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996).

Considerando a complexidade de definição de necessidades de saúde, entende-se, que o uso da Programação da Atenção Básica pode constituir-se numa etapa do planejamento; entretanto, requer uma avaliação crítica acerca dos parâmetros adotados e se estes correspondem à realidade de suas áreas de abrangência.

Quanto ao segundo aspecto, é importante ressaltar que a utilização da Programação da Atenção Básica requer a utilização de dados provenientes dos Sistemas de Informação em Saúde. Destaca-se que a partir da descentralização de ações e serviços do SUS e implantação de novos modelos de atenção à saúde, foram desenvolvidos sistemas de informação específicos (MOTA, 2003).

O Sistema de Informações Ambulatoriais dos SUS (SIA-SUS) tem como unidade de registro o procedimento ambulatorial realizado, desagregado em atos profissionais. O Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SISPACS) foi implantado em 1993 e sua ampliação e a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) desencadearam a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 1998 (MOTA, 2003).

Embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, as informações produzidas no cotidiano da atenção são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde e delas decorre grande parte as atividades de monitoramento (BRASIL, 2004).

Acrescenta-se a esta perspectiva de organização e planejamento das práticas o fato de que as informações necessárias para a realização do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, em sua maioria, estão disponibilizadas no SIA/SUS. Contudo, a estratégia de saúde da família, também, registra suas atividades no SIAB. De fato, há o preenchimento de uma grande quantidade de formulários para a inserção dos dados em cada sistema de informação - vinculado a programas em execução - o que contribui para dificultar o acompanhamento e fidedignidade dos registros.

Em relação ao terceiro aspecto é importante referir a avaliação como o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou qualquer dos seus componentes para auxiliar a tomada de decisões. Já o monitoramento diz respeito ao processo avaliativo, que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de

informações e indicadores de saúde selecionados a fim de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e tendo resultados esperados (VIEIRA DA SILVA, 2005; CONTANDRIOPOULOS e colaboradores, 1997).

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo, contínuo, sistemático onde relações de poder são mediadas, exigindo; portanto, construção de consensos, compromissos públicos pactuados dinamicamente e a participação ativa dos diferentes atores envolvidos nesta atividade para que responsabilidades sejam partilhadas (BRASIL, 2004; 2005). No Brasil, os processos avaliativos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão (BRASIL, 2005).

De acordo com Felisberto (2004), o PSF vem contribuindo com a indução do processo de institucionalização da avaliação especificamente na atenção básica. O autor acrescenta que tal fato é constatado através de algumas das estratégias efetivadas pelo MS: reformulação do SIAB; exploração dos sistemas de informação e outras fontes de dados; e construção de instrumentos que permitam o uso mais sistemático da informação pelas equipes de saúde e gestores do sistema.

Considerando que o monitoramento e acompanhamento da Programação e da Pactuação da Atenção Básica deverá ser realizado a partir de ações passíveis de registro nos sistemas de informação oficiais, os municípios devem sensibilizar sua equipe de trabalho sobre a importância e a responsabilidade sanitária do registro fidedigno dos dados (BAHIA, 2006). Através da avaliação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, percebe-se que o mesmo tem provocado a utilização dos sistemas de informação em saúde, o que contribui para a melhoria da qualidade das informações (BRASIL, 2003b).

Ao retomar o debate sobre a utilização da Programação da Atenção Básica enquanto ferramenta que subsidia o planejamento em saúde – sem perder de vista os nós críticos levantados com a abordagem dos aspectos coadjuvantes – é preciso considerar, também, suas potencialidades.

Apesar da PPI ser um instrumento racionalizador, não problematizando a adequação das práticas às necessidades e problemas de saúde da população, o diálogo com outras propostas como as “ações programáticas” pode contribuir na experimentação e aprimoramento de formas alternativas de organização do cuidado

mais condizentes com as características sócio-culturais dos usuários dos serviços. (TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

As ações programáticas de saúde e a oferta organizada em estabelecimentos de saúde poderiam se articular com ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e da assistência médico-hospitalar. Do mesmo modo, tais ações setoriais seriam capazes de se integrarem à intervenção social organizada e às políticas públicas transeitoriais que configuram o espaço da promoção da saúde. (PAIM, 2002, p.369-370)

Ao analisar as contribuições e limitações do instrumento da Programação da Atenção Básica, SAMPAIO (2002) afirma que esta ferramenta pode contribuir com a construção da integralidade da atenção; ser catalisadora de discussões sobre a necessidade de integração de programas nacionais com tradição vertical (há desarticulação das ações programáticas) e possibilitar a orientação das práticas de muitas unidades de atenção básica que ainda trabalham na lógica da demanda espontânea.

O autor ainda acrescenta que o DAB/MS ao formular a PPI da Atenção Básica estabeleceu atividades programáticas (por áreas estratégicas) que englobavam controle de causas, controle de riscos e controle de danos, numa tentativa de organizar a programação segundo a lógica do modelo de Vigilância da Saúde.

A Programação da Atenção Básica foi difundida pelo Ministério da Saúde com o propósito de ser realizada, a partir de Secretarias Estaduais de Saúde, nos municípios. Desde a implantação desta etapa para a realização da PPI estadual, o município estudado vem realizando a programação de suas ações para alcançar metas e indicadores estabelecidos.

Entretanto, reuniões de avaliação e planejamento da Coordenação Municipal da Atenção Básica do referido município no segundo semestre de 2005 apontaram a necessidade de reformulação do processo de programação das ações pactuadas com a instância estadual. Executava-se a programação de acordo com o cálculo previsto nos parâmetros já estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde e através da avaliação técnica da capacidade de produção. Entretanto, os profissionais das ESFs deste município, até então, não participavam desta etapa do planejamento.

Entendendo a necessidade de um melhor acompanhamento da Programação da Atenção Básica e principalmente, a importância da participação das ESFs neste

processo, a Coordenação Municipal passou, a partir de 2006, a realizar oficinas de Programação com os profissionais/equipes da rede e criar instrumentos para a sua concretização.

Além dos aspectos pré-estabelecidos pela Programação estadual, eram discutidas com as ESF outras questões como: a importância de compartilhar o compromisso estabelecido pelo município quanto aos Indicadores do Pacto da Atenção Básica e da Programação; necessidade do adequado registro das atividades diárias; possibilidade de utilizar a ferramenta para organização das suas práticas de saúde; e estabelecimento de metas condizentes com a realidade de cada área de abrangência.

A Secretaria Municipal de Saúde do município estudado vem empreendendo esforços na descentralização da Programação da Atenção Básica com as ESF numa tentativa de contribuir para a organização de suas práticas sanitárias. Através de oficinas e reuniões de planejamento e avaliação vem tentando imprimir a utilização dessa ferramenta de gestão na busca da consolidação do Sistema Único Saúde no município.

A partir de uma revisão da literatura percebeu-se a existência de lacunas acerca do tema. A maior parte das contribuições para discussão sobre a Programação e o Pacto de Indicadores da Atenção Básica origina-se de documentos do Ministério da Saúde. Entretanto, estes documentos, bem como as contribuições de outros autores não recortam o tema com relação a experiências de Programação desenvolvidas com Equipes de Saúde da Família.

Na perspectiva adotada para o desenvolvimento do presente estudo, entende-se que o planejamento e programação em saúde no contexto de descentralização da gestão tem um importante papel na organização das práticas de saúde, especialmente das ESF. Admite-se, também, a existência de limitações e possibilidades da ferramenta Programação da Atenção Básica em contribuir com o planejamento local.

Deste modo, considerando o papel estratégico assumido pela atenção básica na organização de modelos assistenciais, pretende-se analisar, num município de grande porte da região Nordeste do Brasil, se de fato a Programação da Atenção Básica tem contribuído para a organização das práticas das ESF. Será, ainda, caracterizada a Programação realizada com as ESF e as dificuldades e facilidades para sua realização no município.

A experiência em análise poderá contribuir com a percepção dos limites e perspectivas da Programação da Atenção Básica com as ESF; contribuir para redefinir os processos de Programação na gestão local; subsidiar a construção de instrumentos para o monitoramento e avaliação da Programação da Atenção Básica com as Equipes de Saúde da Família; e divulgar a experiência desenvolvida no município.

2 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se um estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório acerca de um problema sobre o qual há pouco conhecimento sistematizado.

2.1 Caracterização do Município e Critérios de Seleção das Equipes

O estudo foi realizado num município do nordeste brasileiro com área territorial maior que 3.700 Km² e população estimada para 2007 de aproximadamente 300.000 habitantes. A população rural do município encontra-se distribuída em quase 300 povoados situados entre doze distritos rurais e corresponde a 20% da população geral¹.

O município habilitou-se na Gestão Plena da Atenção Básica em março de 1998 e na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em outubro de 1999. Segundo o Plano Diretor do Estado, o município é sede de uma macrorregião de saúde e presta atenção de média e alta complexidade para 78 municípios pactuados¹.

A rede de atenção básica de serviços de saúde é composta por sete Unidades Básicas Tradicionais (UBS) e 26 Unidades de Saúde da Família (USF). O PSF, implantado em outubro de 1998 (inicialmente com 6,5% de cobertura), teve sua cobertura ampliada e, em 2007, eram 37 Equipes de Saúde da Família (23 na zona urbana e 14 na zona rural) o que corresponde a 51,7% de cobertura geral do Programa. No que se refere à rede básica de atenção à saúde bucal, a assistência é garantida através das UBS e das 27 Equipes de Saúde Bucal-ESB implantadas nas USF¹.

A rede municipal é composta, ainda, por unidade especializada em odontologia (CEO); centro de atenção médica especializada (CEMAE); centro de referência em DST/AIDS, saúde do trabalhador (CEREST), pneumologia e dermatologia, reabilitação física (CEMERF), atenção psicossocial (CAPS II) e atenção à dependência química (CAPS-ad); laboratório municipal; atendimento pré-hospitalar (SAMU 192); e hospital de referência materno-infantil¹.

¹ Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, 2007

A participação popular e o controle social têm se dado por meio dos diversos Conselhos Municipais setoriais, Conselhos Locais de Saúde e Orçamento Participativo. Ao final de 2007, eram 34 Conselhos Locais de Saúde em funcionamento¹.

Foram estudadas Equipes de Saúde da Família-ESF que atuam no município. O critério utilizado para estabelecer a elegibilidade das equipes foi que as mesmas tivessem participado do processo de Programação da Atenção Básica no ano de 2007. Deste modo, uma das equipes do município foi excluída por não ter realizado a Programação no referido ano, resultando num total de trinta e seis equipes elegíveis para o estudo (13 da zona rural e 23 da zona urbana).

Por motivo de conveniência, especialmente em função do tempo disponível para o desenvolvimento do estudo, optou-se por pesquisar duas ESF que foram escolhidas de acordo com os seguintes critérios: maior grau de receptividade à proposta da Programação da Atenção Básica mediante demonstração de interesse pela mesma e maior grau de organização das ações/serviços de saúde das equipes segundo a percepção da Coordenação Municipal da Atenção Básica.

Em virtude da existência de peculiaridades no processo de trabalho, foi estudada uma equipe da zona urbana e outra da zona rural.

2.2 Breve Caracterização das ESF Estudadas

A Unidade de Saúde da Família (USF) da equipe de zona urbana (ZU) situava-se numa área de relevo acidentado cujas características sócio-econômicas a configuram como um bairro popular. A área foi identificada como uma das mais violentas do município e um dos principais *locus* do tráfico de drogas – fato que pode estar relacionado com a proximidade da área às margens de uma importante rodovia federal.

Na USF da ZU atuava uma Equipe de Saúde da Família (ESF) composta por um total de 17 profissionais; sendo 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 médico, 01 enfermeiro, 03 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar de consultório dentário (ACD) e 01 cirurgião-dentista. A ESF desta Unidade foi implantada em meados de 2004, sendo responsável por uma população de 4.128 habitantes.

Sobre a estrutura física disponível para a realização das ações da equipe, vale destacar que a USF da ZU possuía 02 consultórios, 01 consultório odontológico, 01

sala de vacina, recepção e 03 banheiros. Ressalta-se que o espaço físico da Unidade era pequeno dificultando inclusive a realização de atividades educativas na sala de espera e reuniões de equipe na Unidade.

A USF da equipe da zona rural (ZR) estava situada numa das áreas rurais mais extensas do município, conformada por 17 localidades, em que o povoado-sede fica distante cerca de 80 Km do centro da cidade, correspondendo a 50 minutos de deslocamento. A USF estava localizada no povoado-sede da área de abrangência e os profissionais dispunham de um veículo da Secretaria Municipal de Saúde para o deslocamento diário.

Para a realização do trabalho em saúde, a equipe tinha que deslocar-se para as demais dezesseis localidades que conformam a área de atuação. Na maior parte dessas localidades, as ações eram realizadas em estabelecimentos denominados de “postinhos” (espaços adaptados e/ou construídos pela Prefeitura para a realização do atendimento médico e de enfermagem) sendo necessário o transporte de insumos e materiais para a assistência dos usuários. O deslocamento da equipe para as localidades era planejado por meio de um cronograma mensal de modo que um profissional de nível superior sempre permanecesse na USF (situada no povoado-sede).

A USF da ZR foi implantada em dezembro de 1999 e era responsável por uma população de 5.267 habitantes. A Equipe de Saúde da Família era composta de 18 profissionais: 12 Agentes Comunitários de Saúde, 01 médico, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar de consultório dentário (ACD) e 01 cirurgião-dentista.

A Unidade de Saúde da Família da ZR possuía uma grande área construída e excelente estrutura física onde se encontravam: 03 consultórios, copa, banheiros, conforto, lavanderia, espaço utilizado para sala de reunião, ampla recepção, área externa, almoxarifado e área de iluminação no centro da unidade.

2.3 Definição de Categorias e Variáveis

No desenvolvimento do presente estudo, partiu-se da compreensão que a Estratégia de Saúde da Família pode tornar-se um eixo de reorientação da Atenção Básica e o modo como são organizadas suas práticas assistenciais pode ter implicações nos demais níveis de atenção.

Entende-se, também, que as ferramentas e instrumentos utilizados pelos profissionais das equipes de saúde da família para responder as demandas e necessidades da população podem contribuir para a integração desta estratégia com os outros níveis do sistema de saúde (Figura 1).

O desenho lógico construído (Figura 1) pressupõe que as necessidades e demandas da população por serviços de saúde podem alcançar as ESF de um determinado sistema municipal de saúde. Tais necessidades e demandas podem ser percebidas pelos profissionais e, a partir de então, constituírem objeto de planejamento das ESF.

Numa situação contrária, em que não se estabelece a referida percepção, o planejamento da equipe determinará uma oferta de ações e serviços que não corresponderão às reais necessidades da área, constituindo-se numa oferta determinada por outros fatores como, por exemplo, a conveniência dos profissionais.

O planejamento e a avaliação dos resultados realizados pelas equipes têm implicações na organização das práticas assistenciais que, por sua vez, determinarão o elenco e a estruturação da oferta de ações e serviços de uma USF. A relação entre estes três elementos (em destaque no centro do círculo da figura 1) não é unidirecional, de modo que estes elementos estabelecem reciprocidades.

Destaca-se, ainda, que o processo conformado a partir da interação dos elementos apresentados acima é dinâmico², contínuo e pretende dar resposta às necessidades e demandas de saúde da população.

Portanto, é necessário compreender que o modo como os profissionais planejam terá influência na relação entre as necessidades e demandas da população e na oferta de ações e serviços de saúde.

Um outro elemento apontado no desenho lógico é o controle social na saúde. Identifica-se a possibilidade dos diversos atores sociais, através dos conselhos locais de saúde, planejarem com as equipes o modo como as demandas e necessidades de saúde da população serão respondidas pelos serviços.

Ao organizar suas ações e serviços de saúde, a equipe pretende responder as necessidades de saúde da população. Entende-se que tal resposta está subsidiada no planejamento traçado pelos profissionais.

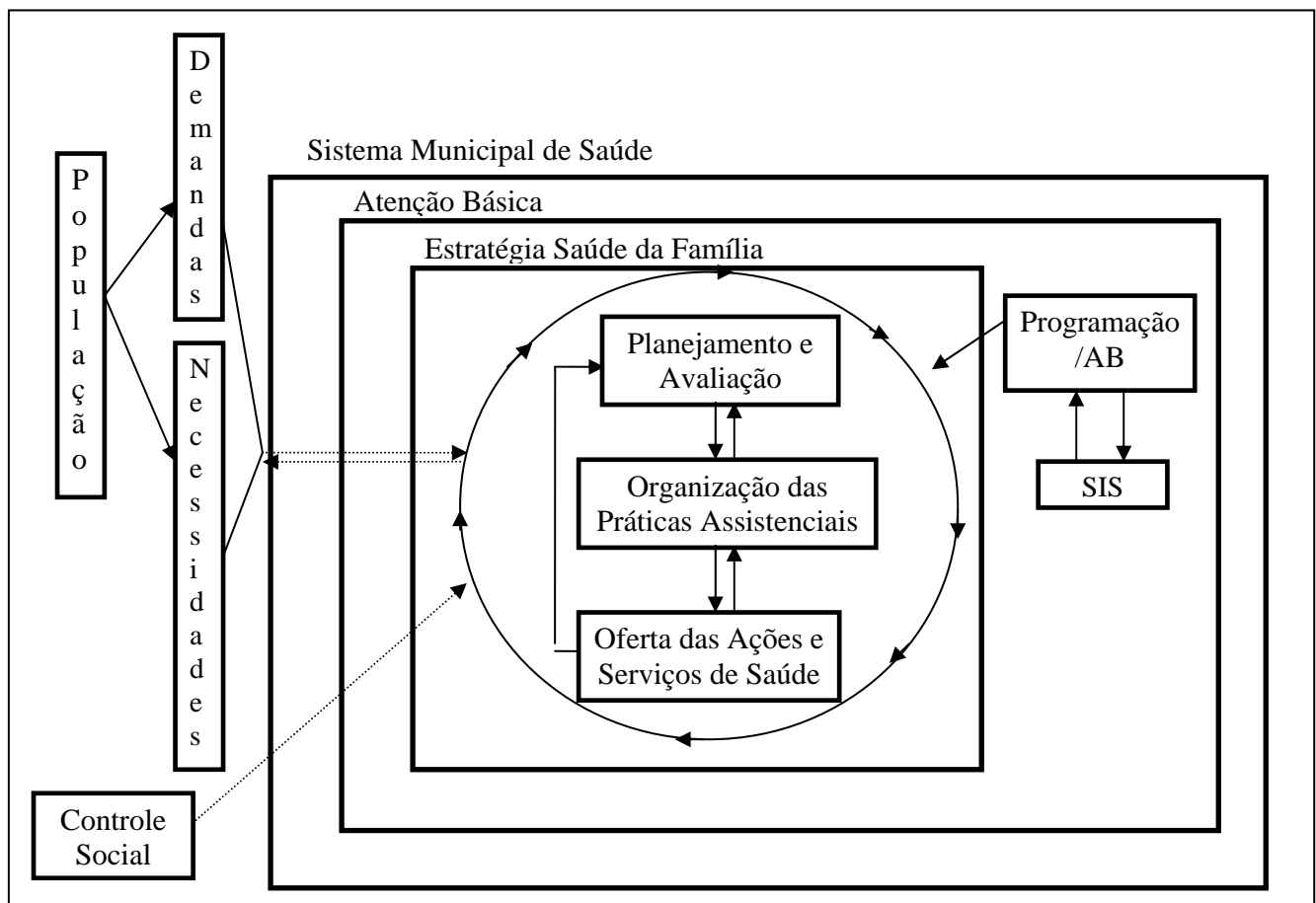
² Buscou-se representar a dinamicidade através das setas sobre o círculo do desenho lógico indicando a movimentação do mesmo.

De acordo com a figura 1, a Programação da Atenção Básica é uma ferramenta de planejamento que, quando descentralizada pela gestão municipal, pode vir a ser utilizada pelas ESF e, conseqüentemente, contribuir para organização de suas práticas.

Vale destacar que, apesar das Equipes de Saúde da Família do município estudado e os técnicos da Coordenação local denominarem o objeto em estudo como PPI da Atenção Básica, optou-se pela manutenção do termo Programação da Atenção Básica.

O último elemento apresentado no desenho lógico (figura 1) trata-se de um elemento coadjuvante, mas importante para a realização da Programação da Atenção Básica, especialmente para o monitoramento e avaliação das ações: os Sistemas de Informação em Saúde - SIS. A partir dos dados obtidos nos SIS é que as equipes e gestão podem identificar o alcance das metas estabelecidas.

Figura 1- Desenho Lógico adotado para o desenvolvimento das categorias e variáveis do estudo da incorporação da Programação da Atenção Básica nas práticas das ESF.



Sob a argumentação de que o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações são norteadores das práticas assistenciais é que foram definidas as categorias e variáveis para compreender se a Programação da Atenção Básica pelas ESF enquanto ferramenta contribui para organização de suas práticas (Figura 1 e Quadro 1).

A matriz de análise (Apêndice A) foi construída a partir de duas dimensões: a Programação da Atenção Básica e Execução das Práticas Assistenciais.

Para a dimensão *Programação da Atenção Básica* foram traçadas duas categorias de estudo: elaboração da Programação e implementação da Programação. As variáveis para cada uma destas categorias encontram-se na matriz de análise e no Quadro I a seguir.

As variáveis relacionadas com a elaboração da Programação trataram de identificar as ferramentas utilizadas pela equipe na elaboração da Programação da Atenção Básica, os atores sociais envolvidos e a lógica desta elaboração. Para esta última variável a pretensão era identificar os critérios utilizados para a definição das metas (com base em dados epidemiológicos e/ou demográficos) e caracterizar os momentos em que as equipes desenvolviam o planejamento de suas ações.

Para a categoria implementação da Programação, as variáveis abordavam questões sobre o modo como as equipes utilizavam a Programação a partir de então elaborada. Também, apontava questões sobre o monitoramento e avaliação por parte dos profissionais e os atores sociais envolvidos na implementação da Programação.

A dimensão *Execução das Práticas Assistenciais* foi analisada por meio das seguintes categorias: lógica das intervenções e elenco de serviços e de ações de saúde (Apêndice A). Para essas categorias foram criadas variáveis que pudessem traduzir: o modo como a equipe realiza a identificação de problemas; como define problemas prioritários; o planejamento de ações individuais e coletivas; e o elenco de ações e serviços ofertados e como esta oferta estava estruturada (demanda espontânea/ oferta organizada).

Quadro 1- Dimensões, categorias e variáveis construídas para a análise da Programação da Atenção Básica nas práticas das ESF.

DIMENSÃO	CATEGORIAS	VARIÁVEIS
Programação da Atenção Básica	Elaboração da Programação	Ferramentas Utilizadas
		Lógica da Elaboração
		Atores Sociais Envolvidos
	Implementação da Programação	Utilização da Programação
		Monitoramento e Avaliação da Programação
		Atores Sociais Envolvidos
Execução das Práticas Assistenciais	Lógica da Intervenção	Identificação dos Problemas Prioritários
	Elenco de Ações e Serviços de Saúde	Ações e Serviços Ofertados
		Estruturação da oferta de Ações

2.4 Coleta, Processamento e Análise dos Dados

Os métodos utilizados para coleta dos dados foram: entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave das Equipes de Saúde da Família e análise documental. As entrevistas foram realizadas a fim de coletar dados para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores e sua situação (GASKELL, 2002).

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas pela própria autora, individualmente, com um informante-chave de cada equipe no período de fevereiro-março de 2008. Foi escolhido(a) o(a) enfermeiro(a) como informante-chave em virtude do importante papel que esse profissional desempenha no planejamento e organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

A análise documental foi realizada a partir de relatórios, planilhas e instrumentos institucionais que puderam auxiliar na caracterização do processo da Programação da Atenção Básica com as Equipes de Saúde da Família (Anexos A e B).

Durante as visitas realizadas nas Unidades de Saúde da Família, nos momentos de coleta de dados, as observações foram registradas através do diário de campo.

As entrevistas realizadas foram transcritas e revisadas separadamente. Em seguida, o conteúdo das entrevistas foi recortado constituindo unidades de conteúdo. Estas, por sua vez, foram organizadas segundo categorias previamente estabelecidas que compõem a matriz de análise (Apêndice A).

Para o processamento e análise dos dados obtidos através do discurso dos entrevistados realizou-se a análise de conteúdo. *“A análise de conteúdo consiste em desmontar a estrutura e os elementos deste conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação”* (LAVILLE & DIONNE, 1999).

Após o processo de categorização e análise do conteúdo partiu-se para construção dos argumentos a fim de alcançar os objetivos do estudo. Foram analisadas convergências e divergências entre as entrevistas dos informantes-chave, bem como a significação do conteúdo.

Os achados resultantes da análise de conteúdo das entrevistas foram comparados aos achados da análise documental. Esse procedimento, fundamentado pelos elementos teóricos, constituiu a base para a construção dos argumentos e apresentação dos resultados.

No que diz respeito às observações registradas durante o momento de coleta dos dados é importante registrar que a utilização destas informações não permitiu reais contribuições para a análise dos resultados. Isto se deve ao fato que as observações foram pontuais e insuficientes porque ocorreram na ida a campo para a realização das entrevistas com os informantes-chave.

O presente estudo enquadra-se na modalidade de pesquisa de risco mínimo, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia sob o número 0055.0.069.000-07 e aprovado em 20 de dezembro de 2007.

Para o desenvolvimento do estudo, bem como a realização das entrevistas foi construído um termo de anuência institucional (Apêndice D) obtido em novembro de 2007.

Para a realização das entrevistas foi solicitado, de todos os informantes-chave, o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C), também submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente assinado sendo entregue a cada participante uma cópia da declaração de sua participação voluntária.

O termo de consentimento possuía esclarecimentos sobre as características do estudo, o sigilo dos dados obtidos, a isenção de remuneração e a livre decisão de participação e desistência do sujeito.

3 RESULTADOS

3.1 Caracterização da Programação da Atenção Básica no Município Estudado

A Programação da Atenção Básica com as Equipes de Saúde da Família do município estudado é uma estratégia que vem sendo conduzida pela equipe técnica da Coordenação da Atenção Básica do município desde 2006.

As atividades envolvendo a Programação da Atenção Básica, no ano de sua implantação, foram realizadas com as Equipes de Saúde da Família-ESF e com as Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS. A realização de avaliações e discussões por parte da Coordenação da Atenção Básica ao final de 2006 desencadeou dois processos.

O primeiro deles relaciona-se com as dificuldades encontradas para a operacionalização da Programação com as equipes do PACS, optando-se por manter as atividades no ano subsequente apenas com as equipes do PSF – mesmo considerando que a Programação restringir-se-ia a cerca de 50% da população do município.

O segundo, cujas razões relacionam-se a importância atribuída ao aprimoramento da Programação com as ESF e ao maior número de atores da gestão municipal envolvidos na Programação, determinou a adaptação das planilhas utilizadas pela Coordenação da Atenção Básica com esforços na articulação com a Coordenação de Vigilância da Saúde do município.

Acerca da adaptação das planilhas utilizadas na Programação das ESF, vale destacar que a maior parte das alterações consistiu na exclusão de atividades envolvendo serviços de apoio diagnóstico e insumos – identificados pelas equipes como ações a serem garantidas pela gestão municipal. Também, foram incorporadas algumas atividades sugeridas pelo PROGRAB³.

Pode-se identificar que, em 2007, as atividades em torno da Programação da Atenção Básica realizadas com as ESF foram: avaliação da Programação e dos resultados alcançados de 2006; Programação da Atenção Básica de 2007 com as ESF e reuniões de avaliação parcial da Programação de 2007.

³ Software desenvolvido pelo DAB, Ministério da Saúde, que permite a programação das ações de atenção básica para populações adscritas e subsidia a implementação de projetos de gestão por resultados.

Para a avaliação da Programação e dos resultados de 2006, foi elaborado um instrumento que permitia a apresentação das metas estabelecidas pelas equipes, os resultados alcançados e, também, as possíveis distorções no registro das atividades através do confronto de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB e do Sistema de Informação Ambulatorial-SIA.

A Programação de 2007 foi realizada com alguns profissionais⁴ através de encontros em que eram entregues duas vias das planilhas para Programação (ANEXO A) - com as devidas orientações sobre as modificações e preenchimento – e um relatório com informações demográficas e epidemiológicas de cada área de abrangência. Ao final, as equipes entregavam uma via assinada das planilhas levando para a USF uma segunda via com o propósito de socializarem as informações com os demais profissionais para execução das propostas.

A terceira e última atividade do ano foram as reuniões de avaliação parcial da Programação de 2007, realizadas com todos os profissionais nas próprias Unidades de Saúde, onde eram apresentados os resultados alcançados até o mês de junho e levantadas propostas e dificuldades por parte das equipes.

3.2 Programação da Atenção Básica

3.2.1 Elaboração da Programação da Atenção Básica

Os resultados encontrados acerca da elaboração da Programação da Atenção Básica apontam para a utilização das seguintes ferramentas por parte das ESF: Programação do ano anterior, semana típica da equipe da ESF da ZU, cronograma mensal de atividades da ESF da ZR, instrumentos e planilhas para a Programação, livros de registro da Unidade de Saúde e Sistema de Informação em Saúde.

Dentre as ferramentas que contribuíram na elaboração da Programação da Atenção Básica, os profissionais referiram a utilização de dados que eram provenientes do SIAB, embora a referência direta a este sistema não tivesse sido mencionada. O que, possivelmente, ocorreu devido o uso de um instrumento elaborado pela Coordenação Municipal com dados demográficos e do perfil

⁴ Para as ESF da zona urbana participaram os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, uma auxiliar de enfermagem, ACD e um ACS. Para as ESF da zona rural médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, uma auxiliar de enfermagem e ACD.

epidemiológico da área de abrangência de cada equipe. Mesmo com a distribuição do instrumento elaborado pela Coordenação local e da disponibilização de relatórios do SIAB sempre que solicitado, os profissionais sinalizaram a insuficiência dos dados.

(...) a gente tendo a informação, por exemplo, do número de famílias, do número de pessoas, o número exato, aquelas faixas etárias que estão sendo discriminadas para que tipo de atividade a gente tem condição de estar traçando. Se a gente não tivesse Sistema de Informação, a gente jamais conseguiria atingir essa meta, ou então buscaria uma coisa que não existiria, entendeu? (EZU).

No que diz respeito à elaboração de novas ferramentas, não houve a construção de um instrumento próprio por parte de nenhuma das equipes que pudesse auxiliar na elaboração da Programação da Atenção Básica. Possivelmente, a quantidade de formulários e fichas utilizadas, diariamente, pelos profissionais do PSF iniba a construção de mais instrumentos para preenchimento. Todavia, a construção destes instrumentos por si só, não podem assegurar uma melhoria na identificação de necessidades e determinação de parâmetros mais condizentes com a realidade da área.

Acerca da utilização da Programação do ano anterior para a definição de metas e elaboração da Programação do ano subsequente, os resultados apontam que os profissionais utilizavam a Programação anterior para identificar os valores já alcançados para que estes lhes servissem de referência. Ou seja, programar as ações significava reproduzir o quantitativo de serviços ofertados, o que não necessariamente respondia às necessidades da população coberta.

Em cima do que a gente conseguiu fazer em anos anteriores. Entendeu? Baseado no que a gente vem conseguindo apresentar, a gente vem fazendo as próximas metas (...) Então baseado na semana, no que tem proposto na nossa possibilidade, aí a gente vai traçando (EZU).

Além disso, vale ressaltar que, apesar das equipes utilizarem as planilhas de Programação, os parâmetros que as compõem - estabelecidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual - foram questionados pelos profissionais.

Houve vários indicadores da PPI que a gente não contemplou como o Ministério preconizou. Então a gente teve certas dificuldades por questões mesmo de vivência, de realidade que a gente não pôde contemplar. Então, tem coisas que são realmente impossíveis de se conseguir (EZR).

Não houve discordância entre as equipes sobre as ferramentas utilizadas, sendo a única particularidade o uso de cronograma mensal por localidade/povoado pela equipe de ZR e semana típica pela equipe de ZU. Isto parece determinar as diferenças encontradas no uso destas ferramentas entre a equipe de zona rural e a equipe de zona urbana para definição das metas a serem pactuadas.

A gente analisou quanto que a gente poderia estar atendendo e ver qual o tempo disponível. Se eu tenho um tempo disponível de X horas no mês porque eu tenho X dias, eu vou distribuir por X localidades. E, nestas localidades, a gente não vai poder contar que ali tenha só serviço de pré-natal, só serviço de atendimento de hipertenso. A gente vai ter mais ou menos uma proporção ao realizado no ano anterior e tentando adequar (EZR).

Por exemplo, preventivo: que é uma coisa assim bem prática. Então assim, os preventivos você tem a meta a ser cumprida. Então assim, baseado na nossa semana típica, (...) dois turnos semana. Uma média de 12 coletas por turno, quanto vai dar por mês? (...) baseado no número de meses a gente vê o quê pode fazer no máximo até o levantamento que é o quê o Ministério preconiza (EZU).

A equipe da ZR referiu a extensão e número de localidades da área de abrangência como dificuldades para o planejamento da equipe acarretando, inclusive, a construção fragmentada do cronograma da equipe.

Infelizmente, até por questão de tempo no cronograma a equipe às vezes não senta toda junta para estar fazendo. Então, a gente sempre conversa por exemplo; no carro mesmo, no deslocamento. A gente conversa, já faz as nossas programações de folga, já vê o quê vai precisar mais ou menos. Aí, eu começo a elaboração do calendário, passo o calendário e aí esse calendário repassa entre os membros até chegar a conclusão (EZR).

Ainda sobre o cronograma e a semana típica, percebe-se que houve diferenças na construção destas ferramentas entre as equipes analisadas: a equipe da zona rural parecia montar um calendário, mensalmente, na tentativa de ajustar a oferta com a extensão da área; já a equipe de zona urbana seguia uma semana típica normatizada, onde alguns ajustes eram realizados em virtude de mudanças na demanda.

Então, quando eu cheguei aqui já tinha uma semana típica montada. Eu me adequiei à semana típica e fui modificando conforme a necessidade (...) Mas, a gente mantém mais ou menos o padrão do PSF mesmo (EZU).

A análise dos documentos corroborou com este achado, pois nas *Normas e Rotinas* havia orientação sobre a distribuição dos turnos de atendimento dos profissionais do PSF.

Os resultados evidenciam, ainda, que duas das ferramentas utilizadas concomitantemente (as planilhas adaptadas pela SMS com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde/Secretaria Estadual e o cronograma mensal) exigiram uma reflexão sobre a operacionalização dos serviços a serem ofertados.

E aí a gente foi ver assim: - Pôxa! Eu tenho quantos dias no mês para trabalhar? Quantas horas em cada dia? Quantas localidades? Em quantas localidades eu tenho que ir? O que eu tenho que fazer em cada localidade? E aí a gente tentou se adequar em cima deste tempo disponível, estabelecendo prioridades (EZR).

Buscando compreender a lógica da elaboração da Programação da Atenção Básica foi investigado como ocorria o planejamento das equipes; se existiam reuniões de planejamento das ações e como eram programadas as ações de saúde e definidas as metas pelas equipes.

No que diz respeito à realização de reuniões de equipe, os resultados encontrados na categoria elaboração da Programação permitem classificar o caráter destas reuniões em dois tipos: reuniões de planejamento cotidiano das ações e as reuniões de planejamento de caráter anual envolvendo a Programação da Atenção Básica.

Para as reuniões de planejamento cotidiano das ações, identificou-se que a periodicidade destas reuniões variava em virtude da localização geográfica da área de abrangência. Na equipe de zona urbana, as reuniões ocorriam semanalmente havendo concordância desta periodicidade em relação ao documento de *Normas e Rotinas* do município. O documento recomendava a realização de reuniões quinzenalmente enquanto que as reuniões na equipe de zona rural estudada ocorriam uma vez ao mês.

Houve consenso entre os entrevistados sobre a importância da reunião de equipe enquanto espaço para definição das ações, estabelecimento de estratégias para superar desafios e para o planejamento da equipe.

Nós sempre estamos tentando, nos planejando, programando dentro da reunião de equipe. Na reunião de equipe nós fazemos avaliação do que aconteceu no mês anterior, como foram essas ações, as dificuldades que houve, pensamos as estratégias e nos planejamos em cima da produtividade, dos relatórios, dos relatos de experiências das coisas que aconteceram em relação sempre ao mês anterior (EZR).

O pouco tempo disponível para a realização destas reuniões de equipe foi apontado como uma das dificuldades para o planejamento em equipe por um

informante que mencionou não existir uma reunião exclusivamente para o planejamento.

Sobre os atores sociais envolvidos no planejamento da equipe, a leitura das atas de reunião de equipe e o relato dos informantes-chave conformaram um consenso sobre a presença de todos os profissionais nestas reuniões. Também, há concordância no entendimento de que a participação de todos os profissionais nestas reuniões de planejamento foi importante, incluindo os profissionais do SAME/Recepção. Um dos entrevistados ressaltou ainda a participação, mesmo que eventualmente, de algum membro da Coordenação da Atenção Básica.

É a equipe toda. São as auxiliares de enfermagem, tem a dentista, a ACD, eu a enfermeira, o médico, o SAME, que também faz parte da equipe que tem que estar também pontuando o que tem ocorrido, a procura, como é que está a demanda (...) (EZU).

No que diz respeito às reuniões de caráter anual para elaboração da Programação da Atenção Básica, os achados sobre a participação dos profissionais neste momento foram diferentes. Na equipe de zona rural foi mencionada a participação de todos os membros e na equipe de zona urbana foi relatada a participação de alguns profissionais e a não inclusão dos Agentes Comunitários.

A referência da equipe de zona urbana, ao afirmar a liberação dos ACS, tratava-se de uma particularidade da Programação de 2007 em que, algumas equipes do município estavam realizando Treinamento Introdutório e por adequação do espaço físico e horário - também, para não retirar os profissionais da Unidade mais uma vez - os Agentes Comunitários não participaram da Programação das ESF.

Foi o médico, a enfermeira, a dentista, SAME. No momento, eles liberaram os Agentes de Saúde que, também, faz parte no caso da reunião, da programação. Mas no momento da pactuação, os Agentes de Saúde não estavam presentes. Tinha também uma auxiliar (EZU).

O informante-chave da equipe de zona rural afirmou a participação de todos os membros da equipe. Contudo, a Coordenação municipal listou a participação de alguns profissionais das equipes de zona rural (excluindo os Agentes Comunitários) em virtude do deslocamento dos mesmos. Parece ter existido uma compreensão equivocada em relação à reunião de avaliação da Programação; esta sim ocorreu com a presença de todos os profissionais na própria Unidade de Saúde.

Entretanto, houve consenso entre os informantes das duas equipes acerca da importância de todos os profissionais participarem das reuniões de elaboração da Programação da Atenção Básica.

Eu acho que todos os profissionais têm responsabilidade na realização dessas ações, do que a PPI preconiza (EZR).

No relato de um dos entrevistados foi mencionada a presença dos coordenadores da Atenção Básica (áreas técnicas) no momento da realização da Programação. Também foi solicitada a presença do supervisor da equipe neste momento.

No que diz respeito à programação de oferta das ações de saúde, os achados apontam que o perfil demográfico e epidemiológico foi um dos critérios que contribuíram na elaboração da Programação da Atenção Básica. Tal fato foi constatado através do consenso entre os entrevistados sobre a utilização do consolidado da população cadastrada da área de abrangência por faixa etária, sexo e morbidade (ANEXO B) durante a definição de metas pela equipe.

Quando nós fomos planejar a PPI, programar, nós estávamos com o relatório já sabendo aproximadamente o número por faixas etárias e, também, os números por morbidade que nós tínhamos. E, nós avaliamos em cima destes perfis o que seria necessário a gente estar adequando ou mantendo, melhorando em relação à PPI, o que a PPI preconizava (EZR).

Sobre a socialização das metas definidas pela equipe com os demais membros, os achados evidenciaram que existia uma preocupação dos profissionais em relação a este aspecto.

Inclusive, antes de a gente definir as metas, elas foram discutidas entre todos os membros. Não importa se a consulta era do médico e só o médico ia programar a meta dele. Então, foi discutido entre todos os profissionais o quê o médico estava se propondo, o quê a enfermeira estava se propondo, o quê os Agentes precisariam também estar colaborando, as auxiliares. A responsabilidade não é de um só. Mesmo que o nome seja consulta médica, a responsabilidade não é só do médico (EZR).

A discordância encontrada diz respeito à socialização das metas estabelecidas com o Conselho Local de Saúde (CLS). A equipe de zona rural afirmou ter existido um momento de participação com o CLS. Já a equipe de zona urbana disse não se lembrar, mas achava que não tinha ocorrido esta socialização: *“Eu não lembro. (...) se não me falha a memória, acho que não foi (EZU)”*.

As análises das atas de reuniões do CLS não trouxeram maiores evidências sobre o fato. Vale ressaltar, que o livro ata das duas equipes apresentava o registro de poucas reuniões.

3.2.2 Implementação da Programação da Atenção Básica

Para caracterizar a implementação da Programação da Atenção Básica foi analisado: possíveis utilizações da ferramenta por parte das ESF, o processo de avaliação e monitoramento e os atores sociais envolvidos na implementação da Programação.

A análise sobre a utilização da Programação tinha o pressuposto de identificar se as discussões e avaliação da Programação foram utilizadas para o planejamento da ESF. Também foi investigada a criação de instrumentos para acompanhar as metas e se a Programação contribuiu para adequar a oferta de ações e serviços de saúde da equipe .

No que se refere à realização de reuniões para acompanhamento e discussão da Programação, os resultados encontrados apontaram algumas particularidades. Na equipe de zona rural existia uma sistemática de acompanhamento das ações e que, parecia, ocorrer em todas as reuniões da equipe. Deste modo, percebe-se, certa dificuldade por parte do profissional entrevistado em responder sobre a realização de reuniões cujo foco era especificamente a discussão da Programação.

Fazemos reunião sim. A última reunião de avaliação foi no mês de dezembro, porque estavam todos os profissionais da equipe, estávamos já no final do ano de 2007 e a gente quis fazer uma avaliação do que foi proposto e do que se tinha realmente conseguido fazer no ano de 2007. Ações da PPI, direcionadas exclusivamente a PPI, ao que preconiza a PPI, umas três reuniões nós fizemos. Em relação ao todo, de todas as ações, nós fazemos em todas as reuniões. (EZR)

O informante-chave da equipe de zona urbana, inicialmente, afirmou sobre a ocorrência de reunião para discussão da Programação da Atenção Básica, mas não recordava ter participado da mesma. Os documentos analisados confirmam a realização da reunião de discussão da Programação com as duas equipes: urbana e rural.

Houve consenso entre os entrevistados sobre a utilização das reuniões de discussão da Programação para o planejamento da equipe. Este achado confirma a incorporação da ferramenta para o planejamento local em saúde.

(...) nós pegamos a programação que foi feita e fomos fazer uma avaliação do que se tinha feito até aquele momento, as dificuldades encontradas, e pensar estratégias pra superar essas dificuldades e alcançar o que se propõe. (EZR)

(...) a gente vai fazer avaliação do que se tem feito até este momento. Então, até agora nós fizemos X consultas, então precisamos de Y. O quê falta para alcançar isso? Estamos mantendo o quê se propõe para se alcançar o resultado desejado? Não. Então, a gente está precisando melhorar a assistência de pré-natal? Quais são as dificuldades para se estar realizando as consultas de pré-natal? E quais seriam as estratégias para se pensar em facilitar o acesso... A dificuldade é acesso à consulta? Ou a dificuldade é o profissional estar para fazer esta consulta? Então se foi avaliado o quê se tinha, o quê se precisava, se seria alcançado e quais seriam as propostas para se alcançar essa meta. (EZR)

Como mencionado anteriormente, não houve por parte das equipes a construção de um instrumento para ajudar na definição de parâmetros mais condizentes com as necessidades locais. Entretanto, a Programação da Atenção Básica parece ter contribuído, também, no desenvolvimento e na implantação de instrumentos para o registro de determinadas ações que seriam alvo do acompanhamento da equipe. Para o monitoramento das metas estabelecidas a equipe de zona rural construiu um instrumento próprio em que é possível identificar um trabalho integrado entre seus membros.

Eu criei o instrumento, mas o preenchimento não era da enfermeira, eu criei para outro profissional que estava tendo mais dificuldade de poder estar inserindo todas as ações dele e depois estar avaliando. (EZR)

Apesar de constituir-se numa orientação dos documentos da SMS, a incorporação do livro de registro da visita domiciliar ocorreu em virtude da necessidade de monitoramento por parte da equipe de zona rural a partir da Programação realizada.

Visita domiciliar; até então a gente não tinha livro de registro de visita domiciliar (...) a PPI solicitava avaliação das visitas (...) Após isso já veio o livro de controle da visita domiciliar (EZR).

(...) até então a gente não tinha livro de registro de visita domiciliar. Então a gente conversava na equipe, as visitas eram partilhadas na equipe e às vezes escritas no prontuário, mas se perdia o controle destas visitas. A PPI solicitava avaliação das visitas (...) (ESF ZR)

Até 2007, o indicador *visita domiciliar* do Pacto de Indicadores da Atenção Básica (BRASIL, 2006b) incluía no numerador visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e pelos demais profissionais. Deste modo, tornava-se importante para as equipes o controle do total de visitas realizadas. Além disso, a Programação da Atenção Básica exigia visita domiciliar a grupos específicos como, por exemplo, a visita à puérpera. Portanto, a equipe identificou a necessidade de introduzir o livro de visita como um instrumento para o acompanhamento desta ação específica ora pactuada com a gestão municipal.

Acerca da utilização da Programação para adequação da oferta de ações e serviços de saúde, os resultados apontaram, de um modo geral, para a ampliação de alguns serviços que já eram prestados pela equipe e modificações na oferta organizada.

No que diz respeito aos serviços que foram ampliados, a equipe de zona urbana afirmou a ampliação dos mesmos e mencionou: o atendimento de enfermagem para criança, a visita puerperal na primeira semana, o preventivo em mulheres que nunca realizaram e a visita domiciliar dos demais profissionais (exceto ACS).

O confronto entre a análise do potencial máximo de oferta de ações e serviços de saúde da equipe com os parâmetros do Ministério da Saúde, acarretou mudanças que se concretizaram na semana típica da equipe de zona urbana.

Houve mudanças, por exemplo, na questão do número de crianças atendidas pelo atendimento de enfermagem. (...) A gente teve que aumentar a questão da semana típica para poder alcançar aquela demanda porque o número é extremamente alto. A gente aumentou o turno, aumentou o volume no turno para poder a gente conseguir dar conta. Alcançar assim, pelo menos aproximar daquilo que o Ministério preconiza. (EZU)

A gente teve uma visão mais geral, então todo tipo de serviço pactuado, foi ampliado. Essa questão visita domiciliar médico, visita domiciliar de enfermagem (...) Então assim, em cada uma das categorias a gente foi direcionando a necessidade e a gente foi ampliando (EZU).

No relato da equipe de zona rural não foi exemplificada alterações quantitativas dos serviços de saúde como ocorrido com a equipe de zona urbana. Entretanto, foram mencionadas mudanças que repercutiram no caráter qualitativo da oferta de ações e serviços de saúde.

Houve uma adequação em relação ao que nós tínhamos antes e depois com a implantação da PPI. Porque antes nós atendíamos praticamente

demanda espontânea. (...) e nós oferecíamos esse atendimento de uma forma desorganizada. (...) E após a PPI, a gente viu que, apesar da gente estar produzindo uma assistência para pessoas que se achavam necessitadas, essas ações não estavam tendo nenhum direcionamento. E nós sabemos dentro do PSF, por conhecer esta população, e essa área que é limitada, nós poderíamos estar redirecionando as mesmas ações (...). Então, nós começamos a fazer uma programação (...) nós começamos a direcionar na intenção de estar organizando essas ações pelos indicadores apontados pela PPI (EZR).

Analisando o papel da Programação da Atenção Básica como indutora da adequação de oferta de serviços, os achados apontam modificações na relação entre a oferta organizada e a demanda espontânea na equipe de zona rural. Percebe-se, também, que elementos da Vigilância da Saúde estavam presentes na concepção do entrevistado.

Quando nós vamos para uma localidade, nós estamos nos dispondo naquele dia atender o pré-natal, a criança, atender adolescente, toda a demanda que estiver disponível, necessitada da assistência. Mas que esta demanda ela não tinha um perfil direcionado ou um número de atendimentos direcionados. A partir da PPI, a gente começou a dizer, tem que se direcionar também o atendimento para a criança. A criança não tem vindo ao atendimento. Então a gente não está realizando ações voltadas pra criança. Então, a mãe às vezes achava que a criança não tinha necessidade de ir ao médico ou enfermeira, e a gente também não solicitava a presença desta mãe, desta criança para estar fazendo uma avaliação de rotina e que às vezes nessa avaliação a gente poderia perceber uma outra necessidade. (EZR)

Sobre os atores sociais envolvidos no monitoramento da Programação, houve discordância entre a fala do informante da equipe de zona urbana e os documentos da Secretaria Municipal de Saúde. Os agentes comunitários de saúde participaram da reunião de avaliação da Programação conduzida pela Coordenação Municipal da Atenção Básica, entretanto a equipe relata a não participação desta categoria. Já a equipe de zona rural afirma que todos os profissionais participaram da reunião de avaliação.

As duas equipes afirmam que as metas alcançadas eram socializadas com o Conselho Local de Saúde (CLS) havendo concordância com as orientações do Núcleo de Controle Social da Coordenação Municipal da Atenção Básica.

Quando questionado sobre o uso de rádio comunitária, feira de saúde, reuniões em escolas, ou outras formas de socialização das metas com a comunidade da área de abrangência, as duas equipes afirmaram que apenas realizaram reunião com o CLS para esta finalidade.

“A forma que nós utilizamos para divulgar as metas foram os relatórios com indicadores e o percentual que foi proposto. Inclusive, a gente mostrava o quê o Ministério preconizava e comentava as dificuldades que a equipe tinha por ser zona rural e por ter um grande número de localidades pra se contemplar dentro do calendário mensal (...) não tivemos outros recursos para divulgar”. (EZR)

Vale ressaltar que o Conselho Local de Saúde pode constituir-se num espaço em que as demandas e necessidades de saúde sejam discutidas com os profissionais das ESF desencadeando, inclusive, adequações no planejamento e na oferta de ações e serviços de saúde. Contudo, no presente estudo, as socializações de metas estabelecidas e alcançadas não demonstraram, por si só, capacidade potencial da participação da comunidade interferir na Programação realizada pelas equipes.

3.3 Execução das Práticas Assistenciais

3.3.1 Lógica das Intervenções

Analisando a oferta das ações e serviços de saúde a fim de compreender a lógica das intervenções das equipes nas suas áreas de abrangência, identificou-se o consenso entre os profissionais acerca da relação entre oferta e necessidades de saúde da população. Ambos entendem que as necessidades sentidas da população e traduzidas na forma de demanda pelos serviços são maiores que a oferta disponibilizada pelas equipes. Apontaram, inclusive, como causas para tal insuficiência a extensão da área de abrangência e o tempo despendido para as atividades que denominam como burocráticas.

A oferta é insuficiente. Nós temos muita dificuldade em contemplar tudo que se realmente faz necessário para estar dando um atendimento de qualidade a esta população. Que às vezes não consegue ser atendida e que vira uma demanda reprimida. (...) Devido à escassez do tempo que na zona rural é complicado e por ser uma área de difícil acesso. E, também, uma área grande em termos de número de localidades para ser contempladas no calendário (EZR).

A gente poderia ter um serviço mais bem prestado, com uma qualificação melhor, com uma pontualidade melhor em algumas coisas que a gente tem um limite para poder estar fazendo e que por causa da sobrecarga a gente acaba deixando em déficit. (...) Então muitas vezes eu já cansei de deixar de fazer outros tipos de procedimentos porque eu tenho a avaliação das Fichas A para fazer, eu tenho a produtividade para poder estar fechando, eu tenho o mapa de vacina para poder estar avaliando, entendeu?! Então, são coisas burocráticas e que sobrecarregam muito a gente (EZR).

Os resultados encontrados apontaram para a tentativa de realizar intervenções segundo o enfoque de risco, especialmente na equipe de zona rural.

Nós tentamos (...) Chegamos a definir problemas prioritários, propomos ações na intenção de estar trabalhando esses problemas, só que às vezes a gente é obrigada a parar essas ações ou botar essas ações em outra direção por insistência da própria comunidade, por pressão da própria comunidade (EZR).

Para a equipe de zona urbana os resultados indicaram que não houve definição de problemas prioritários. Contudo, parece que algumas intervenções eram direcionadas nas conseqüências de problemas identificados na área sobre os quais a equipe tinha pouca ou nenhuma governabilidade.

Aqui o nosso maior problema é a questão da violência, do alcoolismo, das drogas, certo. Então assim, a gente tenta amenizar ao máximo essa situação. Então a gente tem uma comunidade extremamente carente, a gente tem várias outras coisas que são puxadas em cima disso aí; que é a gravidez na adolescência. Então assim, a gente não tem aquele tema específico, como é solicitado. Então, a gente direciona em cima da questão da violência, da necessidade (...) Mas, não tem aquele, não é aquela coisa assim o problema é esse e vamos trabalhar para esta forma, entendeu?! (EZU).

Nas duas equipes estudadas não foi identificada a eleição de problemas prioritários definidos por micro-áreas. Contudo, em ambas houve relatos sobre a relevância da hipertensão nas suas áreas de abrangência, bem como da atenção à gestante.

Os problemas prioritários que foram definidos (...) A gente percebeu, após uma avaliação, que tem grande resistência ao uso de medicamento, a questão dos hábitos alimentares, exercício físico, muitos têm resistência até de vir ao médico para fazer exames e por aí. E, por a gente saber que é uma doença crônica, é um agravo crônico precisa se manter certa vigilância em relação a esta população. Nós definimos a priori a população hipertensa, e definimos, também, a população de gestante (EZR).

Na equipe de ZR os achados reforçam a idéia de que a determinação da hipertensão como problema prioritário se deu a partir da utilização das informações de saúde da área em um momento específico.

(...) quando entrei nesta área eu quis fazer uma avaliação do perfil epidemiológico (...) E fiquei surpresa em ver o grande número de hipertensos que não utilizavam medicamento, que não faziam dieta, hipertensos que a anos que não passavam para conversar com o médico, as receitas que me chegaram a mão, três anos, três anos a receita, cinco anos. Tinha hipertenso que não tinha mais receita e vinham buscar medicamento pelo nome. E aí eu percebi que existia um grande risco em cima desta população. (...) devido a isso, e por saber que hipertensão é uma doença crônica, a gente caracterizou esta população como uma população de risco e que precisava ser trabalhada mais de perto. (EZR)

Entretanto, na equipe de ZR não foi obtida uma resposta sobre a utilização dos dados da situação de saúde da área para a identificação de problemas prioritários. E nem foi observado a identificação de problemas de saúde que pudessem ser reorientadores da Programação da equipe. Os resultados apontam que a utilização destas informações da situação de saúde da área predominou apenas no momento do preenchimento das planilhas de Programação junto a Coordenação Municipal.

3.3.2 Elenco de Serviços e de Ações de Saúde

Para apresentar os resultados desta segunda categoria que conforma a dimensão das práticas assistenciais foram analisadas as ações e serviços ofertados e, também, a estruturação da oferta de ações pelas equipes.

No que se refere às ações e serviços ofertados pelas equipes verificou-se que a maior parte do elenco mencionado pelos entrevistados coincidia com aqueles propostos pela Coordenação da Atenção Básica através do documento *Normas e Rotinas*.

As duas equipes mencionaram a oferta das seguintes ações e serviços: consultas médicas e de enfermagem (abrangendo pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, saúde da mulher, adolescentes, hipertensos e diabéticos); consulta e tratamento odontológico; planejamento familiar; prevenção de câncer de mama e útero; visita domiciliar e procedimentos domiciliares (pelos profissionais de nível superior, auxiliares e ACS); imunização e busca ativa de faltosos; dispensação e administração de medicamentos na Unidade de Saúde; teste do pezinho; curativos, aferição de PA, peso e demais procedimentos realizados pelas auxiliares de enfermagem; grupos e atividades educativas incluindo ações de saúde bucal nas escolas.

Sobre a realização de grupos educativos, a equipe de zona rural mencionou a realização de grupos de pré-natal e hipertenso/diabético enquanto que a equipe de zona urbana mencionou grupo de adolescentes e de hipertenso.

A equipe de zona urbana referiu o desenvolvimento de outras ações como: avaliação dos resultados de exames (clínicos, laboratoriais, preventivos e outros exames de saúde da mulher); coleta de sangue para exames de DSTs, para HIV, e VDRL na própria USF; avaliação de produtividade ACS/ESF; reunião com Conselho

Local de Saúde; avaliação das crianças de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família e alimentação do SISVAN.

Através da análise documental, foi possível identificar que todas as ações citadas pela equipe da zona urbana e não mencionadas pela equipe zona rural eram, também, desenvolvidas pelas duas equipes.

Segundo o documento base havia duas outras ações – atividade educativa na sala de espera e capacitações dos profissionais da equipe - que, também, deveriam ser desenvolvidas pelas equipes do município, mas que não foram identificadas nem no relato dos informantes e nem nos cronogramas mensais entregues aos supervisores.

Os resultados encontrados sugerem a existência de um planejamento da equipe para a organização das ações individuais e coletivas. Entretanto, a equipe de zona rural ressaltou que as ações individuais eram planejadas especificamente por cada profissional.

As ações coletivas nós tentamos programar em conjunto, dentro da própria reunião. A gente faz uma programação em conjunto e um passa para o outro a sua experiência e a gente sempre tenta aproveitar, dar uma sugestão, conversar junto pra ver dificuldades, pensar estratégia. Então, as ações coletivas são programadas coletivamente. As ações individuais são programadas individuais e depois repassadas com cada profissional do trabalho. (...) A gente socializa, mas a programação mesmo é feita individual e as informações socializadas. (EZR)

No que diz respeito à distribuição das ações extra e intra-muros, foi relatado pela equipe de zona urbana que cerca de 30% a 40% do seu tempo era destinado às ações extra-muro que englobam grupos educativos, palestras, visitas domiciliares e supervisão dos ACS. Percebe-se, também, uma preocupação da equipe em não se ausentar da Unidade de Saúde.

A atividade coletiva geralmente a gente faz uma programação específica, pelo menos uma por semana, para gente não estar tanto fora da Unidade. Então assim, na semana que tem grupo de hipertenso, na outra semana a gente faz grupo de planejamento familiar, na outra a gente faz reunião do Conselho e aí vai. Para poder não estar fugindo muito da Unidade, do atendimento individual (EZU)

O informante da USF da zona rural relatou que a maior parte das atividades desenvolvidas pela equipe era realizada tanto dentro como fora da unidade, tendo como exceção os grupos educativos e as visitas domiciliares.

A diferença entre essas ações dentro da unidade e fora da unidade é visita domiciliar que tem que ser fora da unidade (...) Curativos, PA, imunização, a parte de retirada de ponto tanto é na unidade como fora da unidade. Distribuição de medicamentos é dentro e fora da unidade. Os grupos deveriam ser dentro e fora da unidade, mas nós estamos com dificuldade devido ao tempo. Mas assim, o que nós temos que só permanece na unidade são os grupos que a gente deveria estar levando para fora e não estamos conseguindo. E fora da unidade mesmo é a visita domiciliar. As outras ações e procedimentos tanto fazemos fora como fazemos dentro da unidade. (EZR)

Os informantes-chave afirmaram a existência da relação entre a Programação elaborada pela equipe e as práticas assistenciais individuais e coletivas desenvolvidas pelos profissionais. Entretanto, os achados evidenciaram que a Programação teve um papel importante na percepção das ações a serem executadas pelas duas equipes e a quantidade destas ações – sejam elas individuais ou coletivas. Entretanto, essa relação parece ter gerado conflito para a equipe de zona urbana no momento de definição entre as ações individuais e coletivas.

Que a PPI na verdade ela orienta indicadores, indicadores que devem ser contemplados dentro da ação, seja assistencial seja educativa, entendeu?! Ela orienta indicadores. Esses indicadores eles são contemplados tanto nas ações individuais como nas ações coletivas. (EZR)

(...) a pactuação ela leva uma demanda grande. A gente tem que dar conta. (...) sacrificar os grupos, sacrificar as atividades coletivas (...) então, a gente acaba pensando nisso. E, quando a gente recebe uma PPI tardia, a primeira coisa que você fala é assim: - não fazer mais visita, não vamos mais fazer grupo, que a gente tem que aumentar a oferta (...) (EZR)

Quando questionados sobre a incorporação de alguma ação ou serviço de saúde a partir da Programação da Atenção Básica, a fim de identificar relações desta ferramenta com as práticas das ESF, observou-se uma discordância entre os profissionais. A equipe de zona rural afirmou ter realizado uma adequação das ações a partir da Programação sem que tenham sido incorporadas novas práticas e/ou serviços.

Ela não passou a ser elaborada pela PPI. Ela passou a ser adequada pela PPI (...) As atividades que nós realizávamos, elas continuam sendo realizadas, independente da PPI ter solicitado ou não. O que mudou, na prática, foi a adequação das ações em termos de número, em termos de prioridade, que a PPI solicitou. Mas as ações são as mesmas. (EZR)

Já a equipe de zona urbana afirmou a implementação de algumas ações como: visita puerperal, preventivos em mulheres que nunca realizaram, levantamento epidemiológico com escolares para identificar prioridades para atendimento odontológico e grupos educativos.

A questão da visita puerperal mesmo (...) a partir da Pactuação, a gente teve que buscar as gestantes na primeira semana pós-parto. Outra coisa, também, que a gente implementou, a questão dos preventivos para mulheres (1ª vez), entendeu? Então assim, a gente achava que não ia achar aqui (...) Teve a questão da dentista. A questão do atendimento na escola, em estar formando grupo de crianças, para fazer uma avaliação, para poder fazer um trabalho contínuo, para poder fazer essa avaliação. Selecionar aquelas, para poder dar prioridade. (...) Houve a questão do grupo, a gente então se preocupou em estar formando grupo, em estar assumindo esta parte. Houve, também, a questão da importância da visita domiciliar. Uma coisa de extrema importância que logo depois que a gente fez a Pactuação, que eu enxerguei a necessidade de visita da puérpera na primeira semana (...). (EZU)

Também foram analisados aspectos relativos a estruturação da oferta (demanda espontânea X oferta organizada) e se a mesma estabelecia alguma relação com a Programação realizada pelos profissionais na tentativa de compreender a lógica da organização das ações e serviços que eram realizados pela equipe.

A análise documental permitiu a identificação de orientações por parte da Coordenação Municipal da Atenção Básica sobre a conformação da oferta organizada dos serviços. É descrito no documento base (*Normas e Rotinas*) que as equipes deveriam realizar o acolhimento dos usuários em qualquer momento de suas atividades, reservando, contudo, as primeiras horas de cada turno para o serviço de triagem (priorização dos usuários que busquem serviços de forma espontânea). Aqueles usuários priorizados na triagem devem preencher as vagas da demanda espontânea de cada turno de atendimento clínico dos profissionais da Unidade de Saúde.

O documento base da Secretaria Municipal de Saúde tratava, ainda, sobre a composição percentual desta oferta organizada e demanda espontânea para médicos e enfermeiros, sendo 57% e 60% respectivamente. Houve ressalvas sobre o atendimento de urgência, definindo que o mesmo deveria ser realizado a qualquer instante, sem definição quantitativa.

Os resultados encontrados apontaram que, antes da realização da Programação, havia distorções na organização das ações e serviços por parte da equipe de zona rural. A equipe mencionou que, anteriormente, seus atendimentos

eram praticamente em função da demanda espontânea e não mantinham a proporção descrita nas *Normas e Rotinas*. Vale ressaltar que, em seguida, o informante-chave utiliza o termo demanda organizada.

Porque antes nós atendíamos praticamente demanda espontânea. Mesmo que existiam aquelas pessoas que estavam agendadas, as pessoas vinham por demanda espontânea, por vontade delas próprias, por acharem que necessitava de uma consulta médica ou de uma consulta de enfermagem. E nós oferecíamos esse atendimento de uma forma desorganizada. (...) A gente na verdade deixava mais a critério da comunidade para estar solicitando este atendimento. (EZR)

A demanda espontânea sempre existe. O quê a gente tentou direcionar foi a demanda organizada. Então, em cima da demanda organizada a gente está direcionando a determinados grupos, a determinadas faixas etárias para tentar alcançar as metas propostas para PPI. (EZR)

Na equipe de zona urbana parece que já existia uma estruturação da oferta organizada e da demanda espontânea com a realização das ações de triagem.

A gente tem o agendamento através do Agente de Saúde da micro-área que tem Agente de Saúde. Como a gente está agora com duas micro-áreas sem Agente de Saúde, a gente deixa essa micro-área especificamente demanda espontânea. Então, paciente vem (...) se identifica como Agente da micro-área descoberta e agenda. E se eles tem Agente de Saúde, é o Agente de Saúde que vai programar em cima do número de vagas que a gente oferece semanal. Ou então, se for uma coisa que não dá para fazer agendamento, fica por conta da triagem que ocorre pela manhã e à tarde. (EZR)

Entretanto, na equipe de zona urbana parece haver um outro fluxo para a demanda espontânea diferente do apresentado pelas *Normas e Rotinas* para as ESF do município.

(...) a comunidade aqui habituou a demanda espontânea pela manhã. Então, a gente prefere manter isso. (...) Às vezes a gente consegue agendar mais o pessoal pelo turno da tarde e deixa de manhã mais o turno da demanda espontânea. Então assim, a gente tem agendado, pela manhã, uma porcentagem de 30 a 40 % e o restante todo entra pela demanda espontânea. Já no turno da tarde, a gente tem em torno de 95% de agendados e fica alguma coisa ainda para a demanda espontânea. (EZR)

Quando inquiridos sobre a relação da estruturação da oferta de ações e serviços com a Programação realizada pela equipe, os relatos encontrados sugeriram que existiam relações entre elas. Houve indícios de contribuição da Programação da Atenção Básica na organização destas ações e serviços prestados pelas equipes.

Antigamente, antes da PPI, nós atendíamos aquele número de consultas sem nos preocupar se eram hipertensos, diabéticos, se tinha criança, se tinha adolescente. A gente atendia, mas não se preocupava em relação a número, a grupo, e nem a dar prioridade a determinadas patologias. A partir da PPI a gente viu que tinha indicadores que a gente alcançava em números superiores e tinham outros que estavam totalmente abandonados. Aí a gente tentou adequar o número de consultas, para que pudesse contemplar todos os indicadores que a PPI solicitava. A gente definiu assim, se tinha gestante todas iriam estar passando no pré-natal e esse pré-natal seria dividido em: X número para o médico, X número para a enfermeira (...) E aí, em termos disso eu redirecionei as vagas que já existiam para que se contemplassem os procedimentos que a PPI propôs.(EZO)

(...) após a PPI, a gente viu que apesar da gente estar produzindo uma assistência para pessoas que se achavam necessitadas, essas ações não estavam tendo nenhum direcionamento. (...) Então nós começamos a fazer uma programação em relação a: eu vou estar atendendo na localidade X, lá eu posso estar dando X vagas para criança, X vagas para adolescente, X vagas para mulheres em idade fértil, X vagas para hipertensos. Então nós começamos a direcionar na intenção de estar organizando essas ações pelos indicadores apontados pela PPI. (EZR)

Ressalta-se que os resultados encontrados demonstraram que a contribuição da Programação para as equipes não se restringiram ao seu uso no planejamento e criação de instrumentos de monitoramento. O uso da Programação permitiu mudanças qualitativa e quantitativa nas ESF – zona rural e urbana respectivamente - na organização das práticas e oferta de ações e serviços de saúde e, especialmente, na percepção crítica dos profissionais sobre suas práticas.

3.4 Dificuldades

A partir das entrevistas, foi possível identificar dificuldades e facilidades para o desenvolvimento da Programação da Atenção Básica com as ESF. Mesmo não conformando uma categoria de análise prévia, estes achados passaram a compor os resultados do estudo em virtude da relevância que podem ter para o aperfeiçoamento da Programação no município.

Dentre os aspectos apontados pela equipe de zona rural como limitantes para a Programação e, conseqüentemente, para o alcance de determinadas metas foram mencionados: o número de localidades e a extensão da área de abrangência; o tempo de deslocamento que subtrai o tempo de atendimento na área; realização de grupos que contemplem todas as localidades; tempo insuficiente para planejamento e avaliação da Programação da equipe e a lógica de atendimento por localidade.

Alguns trechos podem ilustrar os aspectos mencionados:

- Extensão da área de abrangência

Nós temos uma certa dificuldade de construir o cronograma devido a questão própria da área. É uma área de PSF que tem um número grande de famílias, mas eu acho que isso até não seria tanto o obstáculo. O obstáculo maior é a questão do número de localidades. (EZR)

A gente teve que fazer o seguinte: a gente analisa a questão do deslocamento, porque a questão do deslocamento é complicada para zona rural, a gente perde muito tempo no deslocamento. (EZR)

(...) porque a assistência a gente contempla, mas como fazer por exemplo grupos nestes lugares? Essa tem sido nossa dificuldade.

A dificuldade maior é de estar programando para facilitar o acesso de todas as microáreas.

(...) A dificuldade nossa é assim: em termos assistenciais a gente consegue contemplar as localidades, agora por ser localidades de difícil acesso. Geralmente temos a dificuldade do deslocamento da equipe chegar na Unidade, de estar transportando o material necessário para prestar o assistência a esta localidade. A gente prevê que precisa de pelo menos 2 turnos realmente e aí fica complicado para a gente estar na localidade e atender e, ainda, promover o grupo no mesmo dia. Então e isso não tem sido feito. (EZR)

- Planejamento

Na verdade a gente sabe que não é o ideal. (...) A gente faz assim nessa correria, na reunião de equipe, porque o calendário não contempla, não contempla um dia a parte para gente estar sentando e vendo exclusivamente o planejamento. (EZR)

- Avaliação da Programação da Atenção Básica

O que nós preconizamos foi assim, que a gente tentaria fazer esta avaliação de três em três meses. Só que sempre às vezes tinha algum problema, faltava um profissional, profissional está de atestado, está de férias, e a gente adiava essa reunião. Mas umas três reuniões de avaliação da PPI nós fizemos. (EZR)

- Distribuição do atendimento:

E, nestas localidades, a gente não vai poder contar que ali tenha só serviço de pré-natal, só serviço de atendimento de hipertenso. (EZR)

Sobre a operacionalização da Programação da Atenção Básica por parte dos profissionais foram apontadas dificuldades pelas duas equipes. As questões levantadas abordam a insuficiência das ferramentas utilizadas, informatização das Unidades de Saúde e o cronograma das atividades da Coordenação Municipal em relação à Programação.

- Ferramentas para Programação

Em relação à PPI o Sistema de Informação não diz tudo que é necessário e o que a PPI solicita. Então, eu acho que deveria ter um ajuste entre os dois, de ter o indicador da PPI dentro do Sistema de Informação, que às vezes não contempla. O sistema de informação às vezes pede muita coisa, mas que às vezes a gente precisa estar fazendo outros tipos de avaliação, mas o sistema não contempla todos os dados que a gente necessita. (EZR)

- Informatização das Unidades de Saúde

(...) E outra coisa, a questão da informatização nas próprias unidades, prejudica muito em não ter isso. Porque a gente perde muito tempo em papéis, em atualizações: que você vê os Agentes de Saúde estão fazendo atualização de arquivo de fichas, de prontuários, que poderia a própria informatização tá atualizando isso. Então a gente perde tempo com relação a esse tipo de atividades burocráticas, que a gente poderia estar tentando agilizar. E a gente não tem essa informação como deveria. Assim, ao pé da letra ágil, de uma forma ágil e rápida, prática (...) (EZU)

- Cronograma da Coordenação Municipal

A PPI pra mim ela deveria ser feita bem ao início do ano, para dar tempo de fazer uma programação adequada. Coisa que não ocorre. Então assim, para PPI de 2007 a gente tentou correr atrás do prejuízo (...) (EZU)

A PPI deve ser feita no máximo até o mês de março. Por exemplo, agora, a PPI de 2008 deveria ser feita até agora; mês de março. Porque se deixa passar, depois o prejuízo é pra equipe, entendeu?! É para a equipe como um todo. Então, às vezes a gente fica se perdendo. (EZU)

Não foram identificados no relato dos informantes-chaves aspectos referentes a facilidades encontradas no desenvolvimento da Programação com as ESF do município. Entretanto, foi mencionado pelas equipes aspectos positivos da experiência desenvolvida pela Coordenação da Atenção Básica.

Eu acho que a PPI serviu para estar dando um redirecionamento nestas ações que muitas vezes a gente está fazendo, que a gente nem avalia o que está sendo feito, acha até que nem está fazendo. Serviu para mostrar que está fazendo e algumas coisas precisam ser melhoradas, precisam ser adequadas, outras coisas para a gente estar pensando estar se propondo. Então, eu acho que a PPI serviu realmente para estar redirecionando, para o profissional está se avaliando, e se propondo fazer determinadas ações. (EZR)

Mas, uma coisa que me chama muita atenção é que assim, o município _____ ele tem essa preocupação em estar chamando o profissional e estar mostrando qual a meta. Coisa que isso não existiu em outros municípios que eu trabalhei entendeu?! A gente não sabia nem que existia isso. Eu vim conhecer esta pactuação em _____, entendeu?! (EZU)

4 DISCUSSÃO

A Programação da Atenção Básica apresenta-se como potencial indutor de mudanças das práticas considerando os achados, ainda que focalizados, nas ESF do município estudado.

A contribuição para a equipe de zona rural esteve mais vinculada com a qualidade da organização das práticas em saúde desta equipe. Na equipe de zona urbana sobressaíram as contribuições que induziram modificações em aspectos quantitativos; especificamente número de atendimentos e distribuição destes turnos dentro da semana típica.

Acredita-se que o fato da equipe de ZU não realizar um atendimento itinerante foi um fator preponderante para que a Programação contribuísse na identificação das ações que deveriam e poderiam ser desenvolvidas e que não estavam sendo realizadas. Ou seja, a visualização da potencial demanda existente na área - após a realização da Programação – desencadeou alterações nos turnos da semana típica e no número de atendimentos por turno.

O referido achado guarda relações com a perspectiva adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) ao considerar que as necessidades em saúde como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde.

Entretanto, os resultados deste estudo configuraram uma frágil ou quase inexistente reflexão mais crítica por parte das equipes acerca das respostas dos serviços de saúde às necessidades de saúde da população. Não emanou uma percepção da dinamicidade dessas necessidades e, conseqüentemente, não há proposições para reformulação da estimativa de necessidades propostas pelo Ministério da Saúde.

Entretanto, é preciso considerar que as ações modificadas pela equipe da zona urbana não foram apenas na quantidade de atendimento clínico-ambulatorial. Houve modificações no entendimento, inclusive, das visitas domiciliares a grupos específicos levando-nos a acreditar que o modo como a Programação foi incorporada pelos atores sociais nela envolvidos permitirá o desenvolvimento de novas ações que não sejam realizadas apenas no espaço da unidade de saúde. Aproximando-se, deste modo, de ações preconizadas para as ESF, entendidas como estratégia prioritária para organização da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

Por outro lado, na equipe de zona rural em que havia a exigência da construção de um cronograma mensal de atendimento – com deslocamento dos profissionais às localidades – a realização de ações de saúde não se organizam em função dos turnos de atendimento (turno de pré-natal, turno de CD, entre outros). A Programação contribuiu para a reflexão sobre a organização da oferta de ações e serviços de saúde reorientando a assistência à população das localidades através da oferta organizada em relação à demanda espontânea.

No âmbito dessa discussão, parece-nos que a equipe de zona rural tem possibilidades de desenvolver, na estratégia de saúde da família, uma concepção mais abrangente na abordagem do sujeito em cuidado. Não são “atendidas” pessoas que se enquadram em determinado programa em função do turno de atendimento. Ao deslocar-se para localidades, a equipe presta assistência a indivíduos e famílias nas suas diversas necessidades, diferentemente da equipe de zona urbana em que as famílias defrontam-se com a determinação por parte dos profissionais de turnos de atendimento especificados.

Entretanto, a incompatibilidade da proporção entre número de localidades/turnos de atendimento com as propostas da Programação - verificada a partir da utilização do cronograma da equipe enquanto ferramenta para esta etapa do planejamento - evidenciou a necessidade de priorização, especialmente em situações em que a população encontra-se dispersa como na zona rural.

Vale aqui destacar uma discussão importante levantada a partir das críticas ao caráter racionalizador do Método CENDES-OPS. Quando os recursos em saúde – sejam eles financeiros, humanos ou materiais – tornam-se escassos é imprescindível o estabelecimento de prioridades. Sob esta perspectiva é preciso uma abordagem da priorização. Pode-se conformar, mediante a aplicação de critérios epidemiológicos, grupos mais vulneráveis a fim de que os recursos disponíveis, num dado momento, possam ser utilizados com o objetivo de melhorar o perfil sanitário de determinada área de abrangência.

A utilização do enfoque de risco como forma de se estabelecer prioridades determina mudanças na organização dos serviços de saúde que tem um caráter similar com as que foram apontadas neste estudo. Para Ortiz (2006) o uso do enfoque de risco determina uma programação diferenciada de atividades e recursos.

Ainda sobre o cronograma mensal da ESF ZR, percebe-se que o mesmo é uma tradução da tentativa dos profissionais em contemplar ações estabelecidas na

Programação. Portanto, cabe questionar a viabilidade da utilização da Programação em áreas que são extensas ou com população maior que a recomendação preconizada (BRASIL, 2006a).

Entretanto, existe um possível efeito negativo do uso da Programação da Atenção Básica em equipes cujas características se assemelham com a deste estudo, a saber. O uso de uma ferramenta de planejamento, orientada pelo enfoque epidemiológico, pode resultar em tensões na organização das práticas das ESF ZR em que a busca de alcance de metas definidas resulte na assistência focada em grupos das ações prioritárias, em detrimento da abordagem integral e mais focada na família, desenvolvida até então.

A realização da Programação da Atenção Básica com ESF, através de um pacto com a gestão municipal, remete-nos a idéia de uma programação ascendente, onde este instrumento poder-se-ia revelar como eixo estruturador da programação dos demais níveis tal como SAMPAIO (2002) expõe em sua análise crítica da PPI/AB.

Neste sentido, é necessário problematizar o fato da Programação da Atenção Básica no município estudado ser desenvolvida apenas com as equipes de saúde da família considerando a cobertura de aproximadamente 50% do PSF. Ou seja, metade da população não está incluída neste processo o que inviabiliza a realização de uma programação ascendente.

Entendendo a Programação da Atenção Básica como etapa que precede o estabelecimento das metas para os indicadores do Pacto da Atenção Básica, hoje Pacto pela Saúde, é importante que a Coordenação Municipal a identifique e supere os entraves para a Programação com as demais áreas adscritas de modo que a ferramenta da programação auxilie o planejamento do município.

A relação de ações previstas na proposta de Programação da Atenção Básica, também, fornece subsídios à programação das ações de média complexidade. No caso em estudo, tais ações não foram incluídas na Programação pelo entendimento de que as mesmas estariam fora da governabilidade dos profissionais da ESF. Ainda que a justificativa seja coerente, isto resulta numa contradição com os propósitos de um planejamento municipal mais estruturado, aspecto discutido mais adiante.

O principal alvo de críticas à Programação e Pactuação Integrada é a utilização séries históricas de produção como referencial para o aporte financeiro, ainda que o

tenha definido parâmetros consubstanciados em outros aspectos como trabalhos das áreas técnicas, consensos de especialistas e experiências de serviços (BRASIL, 2006b; SAMPAIO, 2002). No presente estudo, os achados sobre as ferramentas utilizadas para programar nos remete certas reflexões sobre o uso de Programação e metas atingidas em anos anteriores.

O uso da Programação de anos anteriores pode resultar numa distorção das necessidades da população, onde os serviços consumidos em anos anteriores passam a configurar novos parâmetros. Ou seja, o uso da Programação anterior, restrita aos indicadores e metas atingidas - que passam a vigorar como parâmetros para a equipe – revela uma postura das ESF similar a do Ministério da Saúde ao construir parâmetros nacionais baseado em séries históricas.

Destaca-se, também, que a utilização da Programação de anos anteriores e, conseqüentemente, parâmetros pré-estabelecidos contribui para a discussão sobre a capacidade de parâmetros nacionais responderem as necessidades de saúde da população de um determinado município ou área de abrangência. Afinal, a oferta estabelecida pela equipe é que determinará o consumo enquanto que, as verdadeiras necessidades de saúde, poderão não ser identificadas pelos profissionais por não haver oferta de serviços para as mesmas.

A adoção de metas atingidas no ano anterior como referencial para as futuras Programações, traz à tona a discussão sobre a reprodução acrítica dos “cardápios” das necessidades e da definição de suas respostas (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996).

O desafio posto para as equipes é o da reflexão cotidiana do modo como esta ferramenta poderá ser utilizada a fim de auxiliar na definição de metas que, realmente, expressem as necessidades de saúde da população da área de abrangência.

A realização da Programação com as ESF, apesar das suas limitações, pode ser entendida como um exemplo de avanço em relação às práticas de planejamento conduzidas pela Coordenação Municipal da Atenção Básica. A implementação de práticas de planejamento por parte dos técnicos da Atenção Básica, de modo geral, são dificultadas por realização de outras atividades de caráter administrativo, conforme Vilasbôas (2006). A autora, em seu estudo sobre as práticas de planejamento num município de grande porte do Nordeste, verificou a inexistência

de práticas estruturadas de planejamento derivadas do Pacto e da PPI da Atenção Básica. (2006).

Neste sentido, é importante destacar que além de utilizar a ferramenta da Programação da Atenção Básica, havia uma preocupação da equipe técnica em desenvolver as ações que pudessem garantir a avaliação e o monitoramento das atividades programadas.

A realização da Programação da Atenção Básica com as ESF no município configura-se num esforço da Coordenação e, também, das ESF no aprimoramento das práticas de planejamento. Contudo, os resultados apontam a utilização da ferramenta, por parte das equipes, como uma atividade externa e que lhes foi apresentada a partir do desencadeamento de interesses da gestão local.

Acerca da participação popular, o presente estudo apresenta uma possibilidade de compartilhar com o CLS as metas e o acompanhamento das mesmas com os conselheiros e a população da área de abrangência. Vale ressaltar que, até o final do ano de 2007, todas as ESF do município em estudo possuíam CLS e, de acordo com o Núcleo de Controle Social da Secretaria Municipal de Saúde, as equipes eram orientadas a incluir nas reuniões locais aspectos relacionados aos indicadores de saúde da área e as metas da Programação da Atenção Básica.

O CLS, enquanto espaço colegiado de decisão, tem possibilidades de contribuir com os profissionais de saúde na discussão sobre a Programação da área de abrangência. Entretanto, parece que o CLS participa como mero ouvinte de metas estabelecidas, dificuldades e propostas. Fazer deste espaço um local de planejamento e programação local em saúde poderá fomentar com as ESF a discussão sobre necessidades de saúde da população e parâmetros.

A elaboração da Programação, a partir dos achados, aponta para a importância da utilização dos Sistemas de Informação em Saúde e da institucionalização da “inteligência epidemiológica” (TEIXEIRA, 1999) para o planejamento e organização do sistema de saúde.

O planejamento e as práticas de gestão dos sistemas de saúde, especialmente nos municípios, é um campo fértil para discussão de propostas e, portanto compartilhar suas experiências é fundamental. A pretensão aqui é apenas trazer alguns pontos para debate partindo do pressuposto que, apesar das limitações das ferramentas existentes para programação, o SUS ainda enfrenta as conseqüências de políticas econômicas contracionistas resultando no dilema da insuficiência de

recursos como aponta Mendes & Marques (2003). Considera-se, portanto, que sob esta perspectiva a Programação da Atenção Básica há muito que contribuir com este debate.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Programação da Atenção Básica com as Equipes de Saúde da Família no município estudado foi indutora de mudanças na organização das práticas das equipes. Contudo, a capacidade da Programação contribuir com possíveis mudanças das práticas de saúde está intimamente relacionada com as características e o grau de organização das equipes que venham utilizar esta ferramenta.

Não há dúvidas da necessidade de aprimoramento da Programação da Atenção Básica. Contudo, o fato das ferramentas disponíveis para Programação exibirem limitações, tais como viés economicista ou foco na epidemiologia, não nos isenta da responsabilidade sanitária de testá-las e propor adequações para seu uso buscando melhorar as condições de saúde da população brasileira.

O PROGRAB (BRASIL, 2006c) é um exemplo do aperfeiçoamento de ferramentas para programação a partir de reflexões críticas. Contudo, o uso deste *software* requer condições de operacionalização que não são possíveis em todos os locais considerando a diversidade dos municípios em nosso país.

Vale ressaltar que este estudo tem suas limitações sendo uma delas o fato de ter sido realizado com equipes consideradas como exemplares. Isto tem relevância partindo do pressuposto de que o grau de organização das ESF pode determinar o modo diferenciado do planejamento dos profissionais.

Ainda que muitos documentos retratem a importância de programar as ações de saúde, há poucos estudos na área de Planejamento e Gestão de Sistemas de Saúde que analisam experiências semelhantes.

Recomenda-se ao município a continuidade do uso da Programação desde que a sua utilização não se limite a um mero procedimento normativo sem que exista contribuição para a reflexão crítica sobre necessidades de saúde e parâmetros mais condizentes com a realidade. Concordamos, novamente, com a possibilidade vislumbrada pelo PROGRAB de construção de termos de compromisso que foquem a gestão por resultados.

É importante ressaltar que há necessidade do município elaborar mecanismos de inclusão das equipes do PACS na Programação da Atenção Básica numa tentativa de operacionalizar a ferramenta em estudo dando-lhe o seu caráter ascendente. Também é necessária a expansão da estratégia de Saúde da Família

proporcionando uma área de abrangência com um número de famílias menor que ao atual.

Os resultados encontrados indicam a importância da constituição de um núcleo de planejamento na gestão municipal, bem como a formação de uma equipe responsável pelo monitoramento e avaliação da atenção básica. No que diz respeito às ESF, torna-se importante o investimento na sua capacidade técnica e operacional a fim de melhorar o gerenciamento do seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Programação da Atenção Básica - Manual de Orientação**. Bahia, 2006. 206p.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3), p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, 3(1), p. 113-125, jan-mar. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev. Bras. Materno Infantil**, Recife, 3(2), p. 221-224, abr-jun. 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4(4), p. 449-459, out./dez. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, v.4, 2006a. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a Programação Pactuada Integrada da Assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 184 p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PROGRAB: Programação de Gestão por Resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 160p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. cap 2.

FELISBERTO, E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: Novos Horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4(3), p. 317-321, jul./set. 2004.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W. & GASKELL, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. cap 3.

GIOVANELLA, I. As origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, 7(1), p.26-44, jan/mar, 1991.

GIOVANELLA, I. Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, 6(2), p.129-153 abr/jun, 1990.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A Construção do Saber: Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. cap 8.

MATUS, C. **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA. Tomo II, 1993. 591p.

MEDINA, M.G. et al. **Caracterização da atenção primária à saúde em municípios que aderiram ao Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Bahia (Matriz de Análise)**. Projeto de Pesquisa. Salvador: ISC/UFBA. 2005.

MENDES, E.V. et al. Distrito Sanitário: conceitos-chaves. In: MENDES, E.V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças no Sistema Único de Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. p.159-85.

MENDES, A.N. & MARQUES, R.M. Os (des)caminhos do financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.389-404. 2003.

MOTA, E.; CARVALHO, D.M.T. Sistemas de Informação em Saúde. In: **Epidemiologia & Saúde**. ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.605-628.

NEMES, M.I.B. Ação Programática em Saúde: Recuperação Histórica de uma Política de Programação. In: Schraiber, L.B. (org). **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1993. p.65-116.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Programacion de La Salud: Problemas conceptuales Y metodológicos**. 1965. 77p.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Formulacion de Políticas de Salud**. Santiago. Chile. Julho de 1975.

_____. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007. 33p.

ORTIZ, E.R. Enfoque de Risco e Planejamento de Ações de Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988. cap 17.

PAIM, J.S. Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção de saúde. In: PAIM, J.S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: ISC/CEPS. 2002. cap 27.

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap.20.

RIVERA, F.J.U. A Programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. **Cadernos de Saúde Pública**, 5(1), p.60-81, jan/mar, 1989.

RIVERA, F.J.U. & ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2), p. 355-365, 1999.

SAMPAIO, L.F.R. **Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica - PPI/AB, 2001/2002**. 2002. 123p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2002.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996. cap 1.

SCHRAIBER, L.B. Programação Hoje: A Força do Debate. In: SCHRAIBER, L.B. (org). **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1993. p 11-35.

SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: Identificando Problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2), p. 221-242, 1999.

TEIXEIRA, C.F. Epidemiologia e Planejamento de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2), p. 287-303, 1999.

TEIXEIRA, C.F. **Planejamento Municipal em Saúde**. ISC/UFBa: Salvador. Salvador. 2001a. p 9-34.

_____. **O Futuro da Prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001b.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.J.S.P. **Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. Salvador: EDUFBA, 2006. p.169-207.

TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: O caso da Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. 306p.

VIEIRA DA SILVA, L.M. Conceitos, Abordagens e Estratégias para Avaliação em Saúde. In: VIEIRA DA SILVA, L.M. & HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap1.

VILASBÔAS, A.L.Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância à saúde no Sistema Único de Saúde**. Salvador (mimeo), fevereiro de 2003. 25p.

VILASBÔAS, A.L.Q. **Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

OLIVEIRA, F.J.F. **A Programação Pactuada Integrada (PPI) no contexto da Norma de Assistência à Saúde (NOAS) e o Conselho Nacional de Saúde: Uma discussão sobre a gestão do SUS**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. cap.1.

APÊNDICES



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil
 E-mail: ppgsc@ufba.br –(071) 3263-7409/7410

APÊNDICE A

MATRIZ DE ANÁLISE

Objetivo: Analisar a utilização da Programação da Atenção Básica como ferramenta de organização das práticas das ESF.

Dimensão: Programação da Atenção Básica			
CATEGORIAS	VARIÁVEIS	ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS	FONTE
Elaboração da Programação da Atenção Básica	Ferramentas utilizadas	<p>O cronograma mensal de atividades da equipe (ou semana típica) é construído de que forma? Quem participa da construção do cronograma (ou semana típica)?</p> <p>Quais instrumentos são utilizados pela equipe para o planejamento das ações da PPI/AB* e definição de metas (cronograma mensal, oficinas com comunidade, relatórios). Exemplifique</p> <p>No momento da PPI/AB* a equipe utilizou para efeito de cálculo parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde. Qual a análise da equipe em relação à utilização destes parâmetros e sua área de abrangência?</p> <p>No último ano a equipe introduziu algum instrumento diferente daqueles encaminhados pela Secretaria e/ou MS para programar suas ações?</p> <p>A equipe utiliza relatórios dos sistemas de informação para tomada de decisões? De que forma isso ocorre? Qual a compreensão da equipe sobre a contribuição dos Sistemas de Informação para o planejamento da PPI/AB*?</p>	<p>Entrevista profissional da ESF</p> <p>Instrumentos e Planilhas utilizadas para PPI/AB* das ESF e justificativas das ESF para suas metas</p> <p>Relatórios de Supervisão</p> <p>Normas e Rotinas das ESF</p> <p>Prontuários da ESF</p>

	Lógica da Elaboração	<p>A equipe realiza reuniões sistemáticas para planejamento das ações? Qual a periodicidade destas reuniões?</p> <p>A programação da oferta das ações de saúde da equipe realizada durante a PPI/AB* está baseada no perfil demográfico e epidemiológico da população da área de abrangência? O que faz você achar que sim (ou não)?</p> <p>Como foram definidas as metas pactuadas pela equipe? Quais os instrumentos utilizados (população por faixa etária, semana típica, PPI/AB* do ano anterior)?</p>	<p>Entrevista profissional da ESF</p> <p>Atas de reunião da ESF de 2007</p> <p>Instrumentos e Planilhas utilizadas para PPI/AB* das ESF e justificativas das ESF para suas metas</p> <p>Relatórios de Supervisão</p> <p>Normas e Rotinas das ESF</p> <p>Prontuários da ESF</p> <p>Instrumentos de avaliação da PPI/AB* das ESF com dados dos Sistemas de Informação (SIS)</p>
	Atores sociais envolvidos	<p>Quem participa das reuniões de Planejamento da equipe?</p> <p>Quais são os profissionais que devem estar envolvidos no momento de realização da PPI/AB* da equipe? Quais os profissionais envolvidos?</p> <p>As metas estabelecidas pela equipe na PPI/AB* foram socializadas com todos os membros? Essas metas foram socializadas com o CLS?</p>	<p>Entrevista profissional da ESF</p> <p>Atas de reunião da ESF de 2007</p> <p>Atas de reuniões do CLS de 2007</p> <p>Relatórios de supervisão</p>
Implementação da Programação da Atenção Básica	Utilização da Programação da Atenção Básica	<p>A equipe realiza reunião para discussão da PPI/AB*? As discussões da reunião de avaliação da PPI/AB* são utilizadas para o planejamento da equipe? Como?</p> <p>A equipe construiu algum instrumento para acompanhar as metas pactuadas a as ações realizadas?</p> <p>A equipe utilizou a PPI/AB* para adequação de sua oferta de serviços e ações de saúde? Como?</p>	<p>Entrevista profissional da ESF</p> <p>Atas de reunião da ESF de 2007</p> <p>Atas de reunião do CLS de 2007</p> <p>Relatórios de supervisão</p> <p>Prontuário da ESF</p>
	Monitoramento e Avaliação da Programação	<p>A equipe realiza momentos de avaliação das ações desenvolvidas? Qual a periodicidade da avaliação das ações? A avaliação da PPI/AB* é abordada nestes momentos?</p>	<p>Entrevista profissional da ESF</p> <p>Atas de reunião da ESF de 2007</p> <p>Atas de reuniões do CLS de 2007</p> <p>Relatórios de supervisão</p>
	Atores sociais envolvidos	<p>Quem participa das reuniões de avaliação da PPI/AB*?</p> <p>Os resultados das metas da PPI/AB* são socializados com o CLS? Há alguma outra forma de socializar as metas?</p>	<p>Entrevista profissional da ESF</p> <p>Atas de reunião da ESF de 2007</p> <p>Atas de reuniões do CLS de 2007</p>

DIMENSÃO: Execução das Práticas Assistenciais			
CATEGORIAS	VARIÁVEIS	ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS	FONTE
Lógica das Intervenções	Identificação dos problemas prioritários	<p>A oferta das ações e serviços de saúde desta equipe está em consonância com as necessidades de sua população? O que faz você achar que sim (ou não)?</p> <p>A equipe trabalha com problemas prioritários? Como os define? (pensar no território; enfoque de risco; problemas prioritários)</p> <p>A equipe utiliza os dados da situação de saúde da área para identificar problemas e orientar a elaboração da PPI/AB*? Exemplifique.</p>	<p>Entrevista profissional da ESF</p> <p>Atas de reunião da ESF de 2007</p> <p>Instrumentos e Planilhas utilizadas para a PPI das ESF e justificativas das equipes para suas metas</p> <p>Relatórios de supervisão</p> <p>Prontuário da ESF</p> <p>Instrumentos de avaliação da PPI/AB* das ESF com dados SIS</p>
Elenco de serviços e de ações de saúde	Ações e serviços ofertados	<p>Quais as ações e serviços ofertados pela equipe?</p> <p>Como são planejadas as ações voltadas para atendimento individual e as ações de caráter coletivo? Como é distribuída as ações extra e intra-muros da ESF? Quais os critérios utilizados para sua realização?</p> <p>Qual relação das práticas assistenciais individuais e as de caráter coletivo desenvolvidas pela ESF e a PPI/AB* elaborada pela equipe?</p> <p>Alguma das práticas individuais e/ou coletivas foi elaborada pela equipe a partir da PPI/AB*? Exemplifique.</p>	<p>Entrevista profissional da ESF</p> <p>Atas de reunião da ESF de 2007</p> <p>Instrumentos e Planilhas utilizadas para a PPI/AB* das ESF e justificativas das equipes para suas metas</p> <p>Prontuário da ESF</p> <p>Relatórios de supervisão</p>
	Estruturação da oferta de ações	<p>Como está estruturada a oferta de serviços da equipe (demanda espontânea e oferta organizada)? Ela tem relação com a PPI/AB*? Exemplifique.</p> <p>Como a equipe programa ações e serviços de saúde? Como foram estipulados os turnos de atendimento e a semana típica da equipe? Como são programadas as ações e serviços de saúde por área de abrangência/localidade?</p>	<p>Entrevista profissional da ESF</p> <p>Atas de reunião da ESF de 2007</p> <p>Instrumentos e Planilhas utilizadas para a PPI/AB* das ESF e justificativas das equipes para suas metas</p> <p>Relatórios de supervisão</p>

Fonte: Elaborada a partir da matriz de análise do projeto de pesquisa *Caracterização da atenção primária à saúde em municípios que aderiram ao Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Bahia* (MEDINA et al, 2005).

* Em virtude dos profissionais e Coordenação local referenciarem a Programação da Atenção Básica como PPI/AB é que as perguntas e fontes de verificação apresentam o termo PPI/AB.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil
E-mail: ppgsc@ufba.br –(071) 3263-7409/7410

APÊNDICE B

ANÁLISE DOCUMENTAL

Lista de documentos

Identificar:

- Instrumentos e Planilhas utilizadas para a Programação com as Equipes de Saúde da Família e justificativas das equipes para suas metas;
- Instrumentos elaborados para a avaliação da Programação das Equipes de Saúde da Família com os dados obtidos pelos Sistemas de Informação;
- Cronograma de realização e acompanhamento da Programação das Equipes de Saúde da Família;
- Prontuários das Equipes de Saúde da Família sob controle da Coordenação Municipal da Atenção Básica;
- Relatórios de supervisão das Equipes de Saúde da Família realizadas pela Coordenação Municipal da Atenção Básica;
- Atas de reuniões dos Conselhos Locais de Saúde das Equipes de Saúde da Família do ano de 2007;
- Atas de reuniões dos Conselhos Locais de Saúde das Equipes de Saúde da Família do ano de 2007;
- Normas e Rotinas das Equipes de Saúde da Família do Município; e
- Atas de reuniões da Coordenação Municipal da Atenção Básica.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil
E-mail: ppgsc@ufba.br –(071) 3263-7409/7410

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente projeto de mestrado em Saúde Coletiva, da autoria de Denise Nogueira Cruz, sob a orientação da prof^a. Rosana Aquino tem por objetivo analisar a utilização da Programação da Atenção Básica na organização das práticas e serviços de saúde das Equipes de Saúde da Família do município.

A coleta dos dados implicará na realização de análise dos documentos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde, de entrevistas semi-estruturadas com profissionais da Secretaria Municipal de Saúde envolvendo perguntas relacionadas ao processo de trabalho das equipes e possível utilização da Programação como ferramenta de organização das mesmas. As informações obtidas estarão protegidas e serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa e serão analisadas e apresentadas à instituição investigada sob a forma de um relatório de pesquisa. Para fins acadêmicos, os resultados serão apresentados, também sob a forma de artigos a serem submetidos a periódicos científicos.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo(a) entrevistado(a) a qualquer momento. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao entrevistado(a), não havendo despesas nem compensações financeiras aos sujeitos da pesquisa. Não foram identificados riscos relacionados a participação, já os benefícios relacionam-se com a melhoria da gestão e planejamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) sr.(sra.) terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas, Denise Nogueira Cruz, que pode ser encontrada na Secretaria Municipal de Saúde do município, end _____, tel _____, e-mail: _____.



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil

E-mail: ppgsc@ufba.br –(071) 3263-7409/7410

DECLARAÇÃO

Eu, _____
 declaro que fui suficientemente informado a respeito da referida pesquisa.
 Discuti com a pesquisadora responsável, Denise Nogueira Cruz, sobre minha
 decisão em participar da referida investigação.
 Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os
 procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de
 esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que as dúvidas sobre a
 pesquisa serão tiradas a qualquer momento durante a entrevista que será
 realizada por meio de gravador de voz e que minha participação é isenta de
 despesas.

Concordo voluntariamente em consentir minha participação, sabendo que
 poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o
 mesmo, sem penalidades ou prejuízos em minha relação com a pesquisadora
 e a instituição.

_____, _____ de _____ de _____

 Assinatura do informante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e
 esclarecido deste informante para a sua participação neste estudo.

 Denise Nogueira Cruz
 Pesquisadora responsável



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil

E-mail: ppgsc@ufba.br –(071) 3263-7409/7410

APÊNDICE D TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Na condição de Secretário(a) Municipal de Saúde do município, autorizo a pesquisa nos documentos e sistemas de informação relacionados à Atenção Básica desta secretaria para o desenvolvimento do estudo “*A Programação da Atenção Básica na prática das Equipes de Saúde da Família*” pela aluna Denise Nogueira Cruz do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Declaro que fui esclarecida sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa sob a garantia da confidencialidade das informações e de esclarecimentos permanentes sobre a mesma.

-----, ----- de ----- de-----

Secretário(a) Municipal de Saúde

ANEXOS

ANEXO A- Planilhas da Programação da Atenção Básica utilizadas com as ESF do município

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES/PPI

PLANILHA- CONSULTAS MÉDICAS BÁSICAS:

Ação Estratégica	População Alvo	Parâmetro	Proposta	Programado
Consulta ao RN c/ peso > 2.500g	92% pop. < 1 ano	3 cons/ano		
Consulta ao RN c/ peso < 2.500g	8% pop. < 1 ano	6 cons/ano		
Consulta criança 1 ano a < 2 anos	50% pop. 1 ano a < 2 anos	2 cons/ano		
Consulta criança 2 anos a < 10 anos	50% pop. 2 ano a < 10 anos	1 cons/ano		
Consulta para IRA s/ complicações	28% pop. < 5anos	1 cons/ano		
Consulta para IRA c/ complicações	8% pop. < 5 anos	1 cons/ano		
Consulta adolescentes	50% da pop. de 10-20 anos	2 cons/ano		
Consulta Pré-natal	85% estimativa de gestante	2 cons/ano		
Consulta Clínico-Ginecológica/ Prevenção Ca de Colo de Útero	Mulheres >= a 10 anos	1 cons/ano		
Consulta Planejamento Reprodutivo	80% da pop. alvo para planejamento reprodutivo (45% das MIF-10 a 49 anos)	1 cons/ano		
Consulta Idoso	75% da pop. >= 60 anos	2 cons/ano		
Consulta domiciliária ao Idoso	40% da pop. alvo (75% da pop. >= 60 anos)	1 cons/ano		
Consulta p/ Controle Hipertensão	80% da pop. Diagnosticada (50% da pop. Estimada- 22% da pop. >=20 anos)	2 cons/pac/ano		
Consulta p/ Controle Diabetes Mellitus	65% da prevalência estimada (8% da pop. >= 40 anos)	2 cons/pac/ano		
# Média Anual de Consultas médicas básicas por habitante	100% da pop. adscrita	1,3 cons/hab/ano (meta municipal)		
TOTAL PARCIAL CONSULTAS	_____	_____		

POPULAÇÃO ALVO:

- Número de < 1 ano: _____
- Número de crianças de 1 a 2 anos: _____
- Número de crianças de 2 a 10 anos: _____
- Número de adolescentes de 10 a 24 anos: _____
- Estimativa de gestantes (nº de NV em determinado local e período): _____
- Número de mulheres >= a 10 anos: _____
- Número de mulheres (MIF) de 10 a 49 anos: _____
- Número de mulheres de 25 a 59 anos: _____
- Número de pessoas >= 60 anos: _____
- Número da população >= 20 anos: _____
- Número da população >= 40 anos: _____
- População adscrita: _____

PROFISSIONAL: _____

DATA: _____ ESF: _____

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES/PPI

PLANILHA- CONSULTAS DE ENFERMAGEM:

Ação Estratégica	População Alvo	Parâmetro	Proposta	Programado
Consulta ao RN c/ peso > 2.500g	92% pop. < 1 ano	4 cons/ano		
Consulta ao RN c/ peso < 2.500g	8% pop. < 1 ano	8 cons/ano		
Consulta criança 1 ano a < 2 anos	50% pop. 1 ano a < 2 anos	2 cons/ano		
Consulta criança 2 anos a < 10 anos	50% pop. 2 ano a < 10 anos	1 cons/ano		
Consulta adolescentes	50% da pop. de 10-20 anos	2 cons/ano		
Consulta Pré-natal	85% da estimativa de gestantes	4 cons/ano		
Consulta Clínico-Ginecológica/ Prevenção Ca de Colo de Útero	Mulheres >= a 10 anos	1 cons/ano		
Consulta Planejamento Reprodutivo	80% da pop. Alvo para planejamento reprodutivo (45% das MIF-10 a 49 anos)	1 cons/ano		
Consulta Idoso	75% da pop. >= 60 anos	3 cons/ano		
Consulta domiciliária ao Idoso	40% da pop. Alvo (75% da pop. >= 60 anos)	2 cons/ano		
TOTAL PARCIAL CONSULTAS	_____	_____		

POPULAÇÃO ALVO:

- Número de < 1 ano: _____
- Número de crianças de 1 a 2 anos: _____
- Número de crianças de 2 a 10 anos: _____
- Número de adolescentes de 10 a 24 anos: _____
- Estimativa de gestantes (nº de NV/ local/período): _____
- Número de mulheres >= a 10 anos: _____
- Número de mulheres (MIF) de 10 a 49 anos: _____
- Número de pessoas >= 60 anos: _____
- Número da população >= 20 anos: _____
- Número da população >= 40 anos: _____
- População adscrita: _____

PROFISSIONAL: _____

DATA: _____ ESF: _____

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES/ PPI

PLANILHA- AÇÕES A SEREM REALIZADAS PELA ESF:

Ação Estratégica	População Alvo	Parâmetro	Proposta	Programado
Visita Domiciliar ao RN na 1ª semana de vida	100% RN	1 VD/RN		
Realizar triagem neonatal (na 1ª semana de vida (2 dias após a primeira mamada)	100% da pop. < 1 ano	1 procd./RN		
TRO na unidade	15% da população < 5a	1 procd/criança/ano		
Realizar 1ª consulta Pré-Natal antes da 12ª semana	100% da estimativa de gestantes	1 cons/gestante/ano		
Consulta médica ou de enfermagem para puérpera	100% estimativa de gestantes	1 cons/puérpera/ano		
Gestantes com ciclo (SIS Pré-natal) Pré-Natal concluído	100% da estimativa de gestantes	>ou= a 50% das gestantes cadastradas		
Coleta para Colpocitologia (mulheres que nunca realizaram)	10% mulheres c/ 25 a 59 anos	1 coleta/ano		
Coleta para Colpocitologia (mulheres já realizaram)	40% mulheres c/ 25 a 59 anos	1 coleta/ano		
## Amostras insatisfatórias de copocitologia	Total (100%) de exames cco realizados	< 5% das coletas realizadas		
## Razão entre exames de cco e mulheres de 25 a 59 anos	100% mulheres de 25 a 59 anos	0,3 procd/mulher alvo/ano		
Hipertensos cadastrados no HIPERDIA	100% pop. diagnosticada (50% pop. Estimada- 22% pop. >=20 anos)	1 cadastro/hipertenso		
Diabéticos cadastrados no HIPERDIA	100% prevalência estimada (8% da pop.>= 40 anos)	1 cadastro/ diabético		
## Média de visita domiciliar/Visitas dos ACS	100% das famílias da área	1,0 visita/família/mês		
Registro de visitas domiciliares em livro ata	_____	100% das visitas realizadas registradas		

POPULAÇÃO ALVO:

- Número de < 1 ano: _____
- Número de < 5 anos: _____
- Estimativa de gestantes (nº de NV em determinado local e período): _____
- Número de mulheres de 25 a 59 anos: _____
- Número da população >= 20 anos: _____
- Número da população >= 40 anos: _____
- População adscrita: _____

PROFISSIONAIS: _____

DATA: _____ **ESF:** _____

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES/ PPI

PLANILHA- AÇÕES TRANSVERSAIS QUE PODEM SER REALIZADAS PELA ESF:

Atividade	Programado (sim/não)
Ações voltadas para aleitamento materno exclusivo	
Ações Educativas (Mães de Crianças; Adolescentes; Gestantes; Planejamento Familiar; Idoso; Hipertensos e Diabéticos)	
Capacitação Interna da ESF	
Ações voltadas para o diagnóstico precoce da Hanseníase	
Ações voltadas para adesão ao tratamento de tuberculose	
Ações de Comunicação para Promoção da Saúde	
Sala de espera nas unidades de saúde	
Atividades de capacitação de adolescentes para o protagonismo juvenil (ações de prevenção à gravidez na adolescência, prevenção de DST/AIDS, diminuição de quadros de violência, redução de danos, etc.)	
Acolhimento (planejamento dos atendimentos, redução de filas, acompanhamento dos pacientes referenciados e recepção adequada ao usuário)	
Vínculo (escuta acolhedora, relação positiva profissional/usuário na construção compartilhada do cuidado em saúde)	
Ações voltadas para a atividade física/práticas corporais (conscientização e sensibilização para a importância da prática corporal, estímulo a ocupação dos espaços não convencionais ou ecológicos, tais como parques, praças)	
Atividades para estimular a alimentação saudável	
Atividades de prevenção e controle da dependência do tabaco, do álcool e outras drogas	
Ações para a geração de renda na comunidade (ação voltada para grupos sociais vulneráveis, que promova alternativas de geração de renda aproveitando o potencial de produção que cada comunidade apresenta, tais como: criação de cooperativas, grupos de costura, artistas locais, estímulo a criação de hortas domiciliares e comunitárias)	
Mapeamento e formação de lideranças locais	
Atividades de orientação para criação, organização, funcionamento e participação da comunidade nos conselhos locais e municipais de saúde	
Desenvolvimento de atividades em parceria com outros setores (a ESF deve se articular com outros equipamentos de gestão municipal e/ou organizações não governamentais e privadas que atuam sobre o território e podem mudar o quadro social daquela região)	
Atividades de Prevenção de violência (doméstica, sexual, arma de fogo)	
Implementação das ações Planejadas pelo Introdutório	
Quadro de Situação/Divulgação dos Resultados	

PROFISSIONAIS: _____

DATA: _____ ESF: _____

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES/ PPI
PLANILHA - AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

Ação Estratégica	População Alvo	Parâmetro	Proposta	Programado
1- Notificar as doenças de notificação compulsória	População da área de abrangência	Notificar 100% dos casos		
2- Encaminhar as planilhas de diarreia semanalmente	População atendida no TRO	52 planilhas		
3- Notificar as doenças de veiculação hídrica e alimentar	População da área de abrangência	Notificar 100% dos casos		
4- Notificar e investigar as doenças exantemáticas em tempo oportuno	População da área de abrangência	Notificar e investigar 100% dos casos		
5- Encaminhar notificação negativa de doença exantemáticas	_____	52 planilhas		
6- Investigar óbitos infantis < 1 ano	Óbitos < de 1 ano	Investigar 100% dos óbitos		
7- Investigar óbitos maternos	Óbitos maternos	Investigar 100% dos óbitos		
Ações de Tuberculose				
1- Identificar sintomáticos respiratórios	População da área de abrangência	1% da população da área		
2- Tratar e acompanhar os casos de tuberculose pulmonar	Casos novos de tuberculose pulmonar	100% dos casos notificados		
3- Instituir o tratamento supervisionado	Casos c/ dificuldade de adesão ao tratamento	100% dos casos específicos		
4- Instituir o tratamento supervisionado	Casos resistentes ao tratamento	100% dos casos específicos		
Ações de Hanseníase				
1- Identificar os sintomáticos dermatológicos	População da área de abrangência	1% da população da área		
2- Tratar e acompanhar os casos notificados	Casos novos	100% dos casos notificados		
Ações de Imunização				
1- Realizar vacinação de rotina c/ Tetravalente + Pólio (3ª dose)	Pop < 1 ano	95% da pop. < 1 ano		

2- Realizar vacinação de rotina com a Tríplice Viral	Pop. < 1 ano	95% da pop. < 1 ano		
3- Realizar vacinação de rotina contra Hepatite B (3ª dose)	Pop. < 1 ano	95% da pop. < 1 ano		
4- Investigar eventos adversos pós-vacinais	Todas as notificações de eventos adversos	Investigar 100% das notificações		
5- Realizar vacinação de febre amarela	Pop. < 1 ano	95% da pop. < 1 ano		
6- Encaminhar API e relatórios mensais (mapa de geladeira) de imunização até dia 18/cada mês	_____	Encaminhar 100% dos relatórios/ano		
Ações Bolsa Alimentação + SISVAN				
1- Encaminhar as planilhas Bolsa semestralmente	Crianças de 0 a 6 anos	Aval. Nutricional e vacinação em 100% da população alvo		
2- Encaminhar os mapas de Vitamina A e suplemento de Ferro até o dia 3 de cada mês	_____	12 planilhas		

POPULAÇÃO ALVO:

- Número de < 1 ano: _____
- Número de crianças de 0 a 6 anos: _____
- População adscrita: _____

PROFISSIONAIS: _____

DATA: _____ ESF: _____

