



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissionalizante em Saúde
Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde**

JOSÉ ANDRADE LOUZADO

**PRÁTICAS DE PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
E DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE DE UM MUNICÍPIO
EM GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL**

SALVADOR

2008



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissionalizante em Saúde
Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde**

JOSÉ ANDRADE LOUZADO

**PRÁTICAS DE PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
E DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE DE UM MUNICÍPIO
EM GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr^a. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

SALVADOR

2008

Ficha Catalográfica
Elaborada Pela Biblioteca do ISC

L895p Louzado, José Andrade.

Práticas de programação da atenção básica e vigilância da saúde de um município em gestão plena do sistema municipal / José Andrade Louzado. – Salvador: J.A.Louzado, 2009.

137f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

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

1. Saúde Pública. 2. Planejamento em Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Vigilância da Saúde. I. Título.

CDU 614.2



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

José Andrade Louzado

**Práticas de Programação da Atenção Básica e da Vigilância da
Saúde de um Município em Gestão Plena do Sistema Municipal.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 18 de dezembro de 2008

Banca Examinadora:

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas/UEFS/BA

Carmen Fontes Teixeira

Profa. Carmen Fontes Teixeira/ ISC/UFBA

Heloniza O. G. Costa

Profa. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa/Escola de Enfermagem/UFBA

Salvador
2008



"[...] E não há melhor resposta
que o espetáculo da vida:
vê-la desfiar seu fio,
que também se chama vida,
ver a fábrica que ela mesma,
teimosamente, se fabrica,
vê-la brotar como há pouco
em nova vida explodida;
mesmo quando é assim pequena
a explosão, como a ocorrida;
mesmo quando é uma explosão
como a de há pouco, franzina;
mesmo quando é a explosão
de uma vida Severina."

João Cabral de Melo Neto

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por conseguir chegar ao final de mais uma etapa na construção do processo do conhecimento fazendo-me entender que a fé e a perseverança sempre fazem a diferença.

Agradeço:

A Ana Luiza que durante todo esse tempo de trabalho foi mais que uma orientadora competente, dedicada, disponível, encorajadora, determinada e tantos outros adjetivos que enobrecem sua personalidade.

A Suzana e Rita por todo apoio e incentivo dado nessa longa caminhada.

A André e Karine meus eternos colegas de graduação.

A todos os colegas da Secretaria e do mestrado.

A Carmen Teixeira por incentivar e esclarecer o caminho a ser percorrido.

A toda minha família especialmente meu filho João Guilherme, minha esposa Claudinha e minha mãe Helena as três razões de minha vida que souberam compreender o tempo que fiquei ausente para me dedicar à construção desse trabalho.

A meu pai **amigo de fé irmão camarada** frase citada por ele toda vez que nos encontrávamos. A você pai, se Deus me desse a oportunidade de nascer novamente queria com certeza ser seu filho de novo. Um dia nós nos encontraremos, mas tenha certeza que você estará presente sempre em meu coração e em todas as minhas vitórias.

RESUMO

O processo de descentralização do setor saúde creditou aos municípios a responsabilidade de construir sistemas municipais de saúde que deveriam considerar a realidade local, levando em conta os indicadores epidemiológicos de seu território e suas necessidades, para programar a oferta de ações e serviços de saúde, que atendessem aos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Com o objetivo de caracterizar o processo de programação das Coordenações de Atenção Básica e de Vigilância da Saúde no contexto de formulação e implementação do Plano Municipal de Saúde, realizou-se um estudo exploratório de natureza qualitativa, em uma Secretaria de Saúde de um município de médio porte da Região Nordeste do Brasil. Para delimitar o objetivo da pesquisa foram levantadas as seguintes questões: 1) Quais foram as práticas de programação realizadas pelas Coordenações de Atenção Básica e de Vigilância da Saúde no período 2006-2007? 2) Há coerência entre essas práticas de programação e o conteúdo do PMS 2006-2009? A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com informantes chaves, e de análise documental. No processo de análise dos dados coletados foram definidas três categorias: 1) Sujeitos da programação 2) Conhecimento, informação e instrumentos utilizados na programação e 3) Utilização do PMS na elaboração da programação. O pesquisador utilizou a estratégia de análise baseada em categorias analíticas, definindo os elementos conceituais da prática estudada como base de comparação com os achados do estudo. Verificou-se que existe coerência entre os instrumentos de programação que articulam as ações ao conteúdo do Plano Municipal de Saúde, porém pouca correlação com os recursos financeiros, contudo, apesar de algumas limitações o PMS orientou o processo de programação das ações de saúde na Atenção Básica e na Vigilância da Saúde no município estudado.

Descritores: Programação em Saúde. Plano Municipal de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Vigilância da Saúde.

ABSTRACT

The health care decentralization process has given municipalities the responsibility for building city health systems which take into consideration local realities such as epidemiology indicators and local needs in order to program the actions and health services they will offer, observing the principles of universality, equity, and integrality of attention. The purpose of this study is to characterize the programming process of the Basic Health Care and Health Surveillance Coordination Units within the context of formulating and implementing the Municipal Health Care Plan. An exploratory qualitative study was carried out in the Health Office of a medium-sized Municipality in the Northeastern Region of Brazil. In order to restrict the range of this research, the following issues were raised: 1) what programming practices were carried out by the Basic Health and Health Surveillance Units in 2006-2007?; and 2) are these programming practices coherent with the content of the Municipal Health Care Plan for 2006-2009? Data collection was conducted through semi-structured interviews with key informants and document analysis. During the data analysis process, three categories were defined: 1) people responsible for the programming process; 2) knowledge, information, and tools utilized in the programming process; and 3) observance of the Municipal Health Care Plan in the formulation of the program. The researcher used an analysis strategy based on analytical categories, defining the conceptual elements of the practice under study as the basis for comparison with the findings of the study. It was observed that there is coherence between the programming tools used to articulate the actions and the content of the Municipal Health Care Plan. However, there is little correlation with the financial resources made available, although some of the limitations of the Municipal Health Care Plan have guided the programming process for health actions developed by the Basic Health Care and Health Surveillance Coordination Units.

Descriptors: Health Programming. Municipal Health Care Plan. Primary Health Care. Health Surveillance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
CPD	- Centro de Processamento de Dados
DIVEP	- Divisão de Vigilância Epidemiológica
HMEM	- Hospital Municipal Esaú Matos
ISC	- Instituto de Saúde Coletiva
LOA	- Lei Orçamentária Anual
MS	- Ministério da Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	- Plano de Cargos Carreiras e Salários
PMS	- Plano Municipal de Saúde
PPA	- Plano Plurianual
PSF	- Programa de Saúde da Família
SESAB	- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	- Sistema de Informação de Mortalidade
SIMAAC	- Sistema Municipal de Auditoria Avaliação e Controle
SINAN	- Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC	- Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
US	- Unidade de Saúde
USF	- Unidade de Saúde da Família
VE	- Vigilância Epidemiológica
VS	- Vigilância da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 METODOLOGIA	16
2.1 DEFININDO A PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE NO ÂMBITO MUNICIPAL.....	16
2.2 ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO	18
2.2.1 Breve caracterização do caso	19
2.2.2 Procedimentos de coleta, processamento e análise dos dados.....	20
3 RESULTADOS.....	22
3.1 SUJEITOS DA PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE.....	22
3.2 PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA DA SAÚDE.....	23
3.3 O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE E A ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE.....	31
4 DISCUSSÃO	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES	46
ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

O processo de descentralização do setor saúde creditou aos municípios a responsabilidade de construir sistemas municipais de saúde que deveriam considerar a realidade local, levando em conta os indicadores epidemiológicos de seu território e suas necessidades de saúde para a oferta de ações e serviços de saúde que atendessem aos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Entretanto, observa-se que os municípios têm apenas assumido a implementação das políticas definidas pelas instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde como principal tarefa de gestão (VILASBÔAS, 2006).

Além disso, a municipalização ocorreu de forma heterogênea no país por diversas razões: a imensa dimensão continental; as diferenças locais; a grande quantidade de municípios de pequeno porte, maioria no país, que não dispõem de condições técnicas, financeiras e políticas para construir um sistema de saúde livre do clientelismo arraigado à política partidária, associada ao tráfico de influência no exercício da política pública (PAIM, 2002),

Apesar do desenvolvimento assimétrico da municipalização no país (GERSCHMAN; VIANA, 2005), um estudo extensivo sobre a descentralização revelou que os municípios habilitados na gestão plena do sistema segundo a Norma Operacional Básica do SUS 1996 (NOB 96) apresentaram fortalecimento em sua capacidade institucional e aumento das condições de oferta de serviços (VIANA; HEIMANN; LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2002). Considera-se, portanto, a existência de experiências municipais bem sucedidas quanto à gestão do SUS.

Muitos municípios que assumiram a gestão plena exercitaram um processo extremamente rico de gestão do sistema de saúde, criaram capacidade de regulação, reorganizaram a rede de serviços, ampliaram capacidade instalada pública, montaram serviços de controle, avaliação e auditoria, criaram sistemas informatizados de marcação de consulta, procedimentos especializados e internações hospitalares, desenvolveram a participação dos conselhos de saúde (municipais e locais), ampliaram o acesso da população às ações e serviços de saúde, melhoraram a produtividade dos serviços, aumentaram a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares e reduziram internações desnecessárias (SOLLA, 2006).

O município estudado é referido como exemplo de prática bem sucedida na gestão descentralizada do SUS (VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2007). Em outubro de

1999, habilitou-se na gestão plena do sistema de saúde, o que permitiu a implantação de diversas ações de regulação do sistema de saúde, reforçando a gestão pública, buscando a eficiência e a resolutividade da prestação de serviços em saúde. A ampliação de um conjunto de ações de promoção e prevenção, incorporando práticas educativas, teve o propósito de melhorar a relação entre usuários e profissionais dos serviços de saúde, fortalecendo a gestão municipal junto à população.

A mudança institucional, operada com a municipalização do sistema de saúde, por sua vez, alterou profundamente a estrutura deste sistema, recompondo a rede de serviços de saúde, tomando como referência as necessidades de atenção à saúde da população, a integralidade da atenção, a busca da participação popular e da equidade no acesso ao sistema de saúde (TEIXEIRA; SOLLA 2006).

Essa experiência tem sido marcada pela opção política em construir e consolidar uma rede de serviços de saúde hierarquizada, priorizando a atenção básica como estratégia para iniciar a inversão do modelo de atenção à saúde. O planejamento tem contribuído com o desenho do sistema municipal de saúde, haja vista que as diretrizes estratégicas que orientaram a conformação do sistema municipal desse município estão registradas nos Planos Municipais de Saúde (PMS) dos períodos 1998-2001, 2002-2005 e 2006-2009, principais instrumentos de planejamento normativo da Secretaria Municipal de Saúde.

Através de uma gestão participativa, esse município vem implementando políticas públicas de saúde legitimadas pela participação popular e pelo estabelecimento de co-responsabilidade entre a secretaria municipal de saúde e os diversos atores sociais relacionados ao setor (SOLLA, 2006). Essa co-responsabilidade pode ser observada no envolvimento dos diversos atores no processo de formulação dos planos municipais de saúde (PMS) desde 1998, ano que marca o início do processo de implantação do SUS no município, com a habilitação na gestão plena da atenção básica.

No período 1998-2001, foram apresentadas as seguintes diretrizes estruturantes do plano municipal de saúde:

O objetivo central do governo no campo da saúde é a efetiva estruturação, na cidade, do Sistema Único de Saúde (SUS), tal como está descrito na Constituição da República, de 1988, e nas leis complementares 8.080 e 8.142, ambas de 1990. Todos os esforços serão feitos para dotar nossa cidade de uma rede de serviços de saúde, pública, hierarquizada em

níveis de crescente complexidade dos procedimentos ofertados, capaz de assegurar à toda a população padrões cada vez mais elevados de qualidade de vida e saúde. Essa rede se responsabilizará tanto por ações preventivas como curativas e de reabilitação, buscando sempre a maior qualidade técnica e a máxima humanização no trato com seus usuários. Como prevê a legislação em vigor, todo o sistema municipal de saúde estará aberto à participação e ao controle dos cidadãos, através de conselhos gestores das unidades, do Conselho e das Conferências Municipais de Saúde. Além disso, naturalmente, estará sujeito, como todos os órgãos públicos, à fiscalização pela Câmara Municipal e Tribunal de Contas do Estado.

A própria Secretaria Municipal de Saúde Pública será reestruturada e qualificada, para poder fazer frente às ampliadas responsabilidades que assumirá como gestora única da saúde no município (PMS, 1998-2001).

Verifica-se, então, que o PMS 1998-2001 teve um forte propósito de construção do SUS municipal, mediante propostas de implantação de novos serviços e criação de uma rede hierarquizada própria, buscando inverter a lógica privatizante da assistência, incentivando a participação popular. A imagem objetivo do sistema municipal de saúde fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS, apresentada nesse plano, imprimiu a direcionalidade para a implementação das propostas de mudança em busca da inversão do modelo médico assistencial, que até então imperava como modelo hegemônico no município.

Foi estabelecido, também, no PMS 1998-2001, o propósito de reestruturação e qualificação da secretaria municipal de saúde, para torná-la capaz de assumir o comando único municipal do SUS. Este fato tornou a SMS, através de seus atores, órgão fundamental para a implantação das políticas públicas de saúde, consideradas metas do governo municipal, explicitadas como diretrizes do PMS 1998-2001.

A elaboração do Plano Municipal 2002-2005 foi influenciada por dois instrumentos de planejamento pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite e submetidos à aprovação do Conselho Nacional de Saúde em 2001, a Agenda de Saúde e o Quadro de Metas¹. Nesse contexto, o plano tinha como objetivo geral a criação e implantação de novos serviços, ampliando a rede de referência e contra-referência para consolidar a implantação do SUS. Este PMS já contemplava em sua redação o quadro de metas, a delimitação dos problemas prioritários, a determinação de ações, com a designação dos setores responsáveis. Suas ações estavam fortemente relacionadas ao perfil epidemiológico do município.

¹ Portarias MS/GM 393/01, 548/01, 976/01.

Após a avaliação do plano com vigência entre 2002 a 2005, observou-se que a quase totalidade das ações propostas foi realizada. Esta avaliação foi apresentada no Conselho Municipal de Saúde, antes da construção do plano do período 2006 a 2009, com o objetivo de fortalecer a participação popular na avaliação e formulação das políticas municipais de saúde e de reforçar a legitimidade política da gestão.

O Plano Municipal de Saúde 2006 - 2009 apresentou duas macro-diretrizes: a qualificação e a sustentabilidade do sistema de saúde, reforçando o papel da participação popular na gestão do sistema. Foram estabelecidas as seguintes estratégias: motivação e qualificação profissional e do serviço; controle e avaliação; aperfeiçoamento dos processos gerenciais; estabelecimento de metas por serviço e unidade; aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede; reforço à regulação; educação em saúde para o usuário e unidade. Estas estratégias foram fundamentadas visando qualificar o sistema, melhorar sua eficácia e torná-lo sustentável do ponto de vista do financiamento, para a consolidação do SUS no município.

Em 2006, ano de construção do plano municipal referido, o governo estadual mantinha a posição política de não financiar com recursos próprios ações e serviços de saúde no município, desobedecendo a legislação que determina o financiamento tripartite do setor. Essa restrição financeira comprometeu a implantação de novos serviços. Nesse período, a SMS atendia a uma população estimada de um milhão e seiscentos mil habitantes de uma macro-região de saúde, da qual era município-pólo. Portanto, a ênfase dada a sustentabilidade do sistema municipal de saúde constituiu-se como principal diretriz política do PMS 2006-2009, visando assegurar a manutenção dos serviços existentes.

Entretanto, dado que o projeto político da SMS encontrava-se explicitado em todos os planos municipais de saúde desde 1998 e que havia o reconhecimento público do alcance da maior parte das propostas para a saúde, é provável que esses documentos possam ter contribuído para orientar a ação cotidiana das estruturas organizacionais da secretaria, seja apenas como indicativo da direcionalidade almejada, seja como base para a programação operativa das atividades necessárias para atingir os objetivos contidos nas linhas de ação sob a responsabilidade das coordenações de nível central.

Em geral os municípios vêm trabalhando com o estímulo ao planejamento e programação fomentado pelo Ministério da Saúde, ainda que de forma não explícita,

porém indutória, ao construir e pactuar indicadores e metas com os gestores, determinando responsabilidades, estimulando o monitoramento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, a exemplo do Pacto da Atenção Básica (Pacto), da Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde (PPI-VS) e do Pacto pela Saúde.

Os gestores do SUS vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços têm contribuído, certamente, para os importantes avanços registrados pelo SUS nestes 17 anos de sua criação. É importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento do planejamento no âmbito do SUS, capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva para a consolidação deste Sistema (BRASIL, 2006, p.13).

A obrigatoriedade de aderir aos Pactos e a PPI-VS tem exigido das coordenações de atenção básica e de vigilância da saúde esforços no sentido de identificar os problemas que dificultam o alcance das metas pactuadas e de formular propostas para seu enfrentamento com a indicação da responsabilidade institucional. Esse processo tem ocorrido de forma periódica, a cada três meses, porém não há uma metodologia claramente definida. Ademais, o Plano Municipal 2006-2009 contém um quadro de metas a serem alcançadas, que guardam coerência com o Pacto e a PPI-VS 2006. O Pacto pela Saúde assinado pela SMS em setembro de 2007 foi elaborado também a partir do Quadro de Metas contido no PMS 2006-2009.

Desse modo, compreende-se que o Plano Municipal de Saúde 2006-2009 é o principal instrumento de planejamento da SMS e parece estar orientando o processo de trabalho das coordenações de atenção básica e de vigilância da saúde, em função de sua coerência com os Pactos estabelecidos e que dependem dessas estruturas para sua operacionalização.

Assim, esse estudo pretende responder às seguintes perguntas: 1) Quais são as práticas de programação realizadas pelas Coordenações de Atenção Básica e de Vigilância da Saúde no período 2006-2007? 2) Há coerência entre essas práticas de programação e o conteúdo do PMS 2006-2009?

Tais questões levaram a formulação do objetivo geral que foi caracterizar o processo de programação das Coordenações de Atenção Básica e de Vigilância da Saúde no contexto de formulação e implementação do Plano Municipal de Saúde

2006-2009. Para atingir esse objetivo foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a participação das coordenações estudadas no processo de programação e elaboração do PMS 2006-2009.
- Analisar a utilização do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 como instrumento de programação das ações de atenção básica e vigilância da saúde desenvolvidas na secretaria municipal de saúde.

As questões levantadas nesse estudo são relevantes para a gestão municipal porque sua resposta pode indicar as possíveis variáveis que ajudam ou dificultam a programação, elemento fundamental na operacionalização do PMS, hoje o principal instrumento de planejamento normativo do SUS no âmbito local.

Em que pesem os limites metodológicos dos estudos de caso quanto à generalização de seus resultados, revelar as características das práticas de programação vinculadas ao PMS em uma determinada secretaria pode contribuir para o aprimoramento e a direcionalidade da gestão municipal. Além disso, dada a escassez de estudos sobre práticas de planejamento em nosso país, esse estudo pode contribuir para uma melhor compreensão acerca dos fenômenos a elas relacionadas (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

2 METODOLOGIA

2.1 DEFININDO A PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE NO ÂMBITO MUNICIPAL

Para a realização desse estudo foi necessário, no primeiro momento, definir os conceitos de planejamento e programação no âmbito da saúde. Segundo Matus (1993), o planejamento é o cálculo situacional estratégico que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação. Pode ser compreendido também como ferramenta da gestão, um instrumento que permite identificar problemas e equacionar meios de superá-los. Numa perspectiva participativa, o planejamento pode contribuir para elevar a consciência crítica e sanitária dos atores sociais, estabelecendo uma co-responsabilidade no processo de gestão, facilitando a mobilização política dos interessados pela questão saúde.

O planejamento pode ser considerado também uma ferramenta da administração. Se administrar quer dizer servir, o planejamento permite que os diversos servidores das instituições realizem o seu trabalho em função de propósito claro e explícito, do mesmo modo que os gestores da coisa pública poderão reconhecer e acompanhar o trabalho dos que se encontram sob a sua orientação. Se sua prática do planejamento é socializada, um número cada vez maior de servidores públicos passa a ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho. Portanto, o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação (PAIM, 2002).

A programação segundo Sampaio (2002) é uma relação de processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos específicos e com grande flexibilidade técnica e política. Assim a programação deverá ser entendida como a dimensão operacional do planejamento, ou seja, é a descrição detalhada do que deve ser feito para alcançar a situação objetivo pré-determinada, expressa sob a forma de designação de atividades, recursos, responsáveis institucionais e prazos de execução.

Atualmente, no Brasil, os processos de programação da Atenção Básica e Vigilância da Saúde (VS) baseiam-se no estabelecimento de metas relativas à redução de indicadores de saúde pré-selecionados em um processo de pactuação entre os três níveis de gestão do SUS. Cabe aos municípios definirem as ações necessárias ao cumprimento de tais metas, indicando recursos e responsabilidades

institucionais. Nesse sentido os indicadores são considerados instrumentos básicos para a construção das propostas programáticas e devem estar contemplados no Plano Municipal de Saúde (TESTA, 1995).

Nesse estudo, que tem como objeto a programação da Atenção Básica e da VS no âmbito municipal, entende-se que o processo de programação é parte do momento normativo do planejamento. A programação passa a ser o resultado operacional das designações de recursos e responsabilidades administrativas que garantam a viabilidade da proposta estabelecida no plano enquanto documento normativo (TESTA, 1995).

A programação é a reprodução conceitual das atividades e tarefas que é preciso realizar para conseguir um resultado, um produto previamente definido e as seqüências correspondentes (TESTA, 1995).

Segundo Teixeira (2001), para desenvolver a programação é necessário selecionar os problemas prioritários de saúde, processo de escolha que não implica necessariamente em ignorar a existência de outros problemas. A determinação de prioridades é um procedimento necessário dado o caráter praticamente ilimitado dos problemas e as limitações em termos de recursos para enfrentá-los ao mesmo tempo.

A partir da definição dos problemas prioritários, dos respectivos objetivos e estratégias de ação, pode-se elaborar a programação operativa, que consiste na identificação das atividades, tarefas, responsáveis e prazos para o alcance dos objetivos acordados no planejamento formal, especificamente o PMS (TEIXEIRA, 2001).

A elaboração da programação operativa tal como proposta por Teixeira (2001), inspirada no enfoque estratégico-situacional do planejamento em saúde, inclui a análise de viabilidade das ações necessárias ao alcance dos objetivos propostos. Essa análise de viabilidade deve ser feita, considerando três aspectos: o financeiro, o político-institucional e o técnico-operacional.

A análise de viabilidade depende do estabelecimento de uma estratégia que implica em um debate acerca dos encaminhamentos possíveis no contexto político institucional e no âmbito das organizações sociais envolvidos no processo de planejamento. Esse é um processo eminentemente objetivo, racional, criativo e comunicativo em que devem estar envolvidos os distintos atores sociais,

estabelecendo compromissos políticos, técnicos e administrativos em torno das ações propostas (TEXEIRA, 2001).

É o exame das possibilidades de um ator social de construir a viabilidade do plano a partir de uma situação concreta. A viabilidade não está determinada, ela está aberta à nossa habilidade estratégica. Mas nem todo plano é viável em qualquer circunstância. Mesmo após esgotar nossa habilidade e nossa vontade, ainda existirá o impossível (MATUS, 1993, p. 422).

Para a realização do pólo empírico desse estudo, foi necessário estabelecer categorias analíticas que permitissem o agrupamento de informações que revelassem o processo de programação da Atenção Básica e da VS. Para alcançar este propósito, estabeleceram-se as seguintes categorias, assim definidas:

- Sujeitos da programação – profissionais que estão envolvidos diretamente no processo de planejamento e programação, em que as funções e responsabilidades assumidas ao longo de sua trajetória profissional contribuíram para a implementação da programação na Atenção Básica e na VS;
- Conhecimentos, informações e instrumentos utilizados pelas coordenações de atenção básica e de VS na elaboração da programação de suas ações – toda a forma de conhecimento sistematizado ou não, e de informações utilizadas como instrumentos de trabalho no processo de programação dos setores envolvidos;
- Utilização do Plano Municipal de Saúde na elaboração da programação das ações de atenção básica e de vigilância à saúde – caracterização da apropriação e do uso do Plano Municipal como eixo orientador da programação das ações, tendo como base a prática de gestão participativa no processo de construção do PMS.

2.2 ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

Para alcançar o objetivo proposto, foi desenvolvido um estudo exploratório de natureza qualitativa, referente às práticas de programação desenvolvidas pelas Coordenações de Atenção Básica e de Vigilância da Saúde. Essas coordenações foram escolhidas de forma intencional na medida em que representam o maior volume de ações de saúde realizadas pela SMS quanto ao alcance das metas contidas no Plano Municipal de Saúde 2006-2009.

2.2.1 Breve caracterização do caso

O Município estudado situa-se na Região Nordeste do Brasil com população aproximada de 300.000 habitantes em 2007 (IBGE) e área geográfica de cerca de 3.700 km². 20% da população estão distribuídos em 284 povoados, agrupados em doze distritos da zona rural. O município localiza-se em um entroncamento rodoviário importante para o escoamento da produção entre as regiões sudeste e nordeste do país. Apresenta forte crescimento demográfico e econômico, destacando-se entre os municípios de seu estado.

A rede municipal que, no início de 1997, dispunha de seis unidades básicas convencionais, em estado precário de funcionamento, e nenhuma oferta própria de atenção especializada, de apoio diagnóstico ou hospital municipal apresentava, em junho de 2007, a seguinte situação: 455 agentes comunitários de saúde; 37 equipes de saúde da família distribuídas em 27 unidades de saúde, sendo quatorze na zona rural e treze na zona urbana, equivalendo a uma cobertura média de 51,2%; 26 equipes de saúde bucal; uma unidade especializada em odontologia; seis unidades básicas tradicionais; um laboratório municipal totalmente equipado e construído dentro das normas técnicas; um Hospital Municipal referência para gestação de alto risco com UTI neonatal; um banco de leite humano; um centro de atenção especializada com 59 médicos; centros de referência em DST/AIDS (Centro de Testagem Anônima e Hospital Dia), saúde do trabalhador, pólo de educação permanente, pneumologia e dermatologia sanitária, reabilitação, atenção à dependência química, saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial II); atendimento pré-hospitalar (SAMU 192), com uma unidade de suporte avançado e quatro unidades de suporte básico; uma agência transfusional, farmácia hospitalar e indústria farmacêutica em fase de implantação (SMS, 2007).

A construção feita pelo município de uma rede de serviços capaz de oferecer atendimento em todos os níveis de complexidade e priorizando a Atenção Básica como principal porta de entrada do sistema de saúde hierarquizado, somente foi possível, após a implantação do processo de municipalização. Este fator determinante tornou o município referência de prática bem sucedida na implantação e consolidação do SUS (VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2007). Esses resultados indicam o

possível exercício de práticas de planejamento para a operacionalização das políticas nessa organização em particular (VILASBÔAS, 2006).

2.2.2 Procedimentos de coleta, processamento e análise dos dados

Foram utilizadas técnicas de coleta de dados de natureza qualitativa (MINAYO, 1992; IRIART, 2007), a saber: entrevista semi-estruturada com informantes chaves, análise documental e observação. Os informantes chaves pertenciam ao colegiado gestor da Secretaria Municipal de Saúde (representante do secretário municipal de saúde, coordenador geral da área da atenção básica, coordenador geral de vigilância da saúde e os técnicos responsáveis pelo planejamento e programação dos dois setores, totalizando cinco entrevistas), e foram escolhidos por sua capacidade de fornecer informações com maior riqueza e profundidade acerca do desenvolvimento do processo de programação das coordenações de atenção básica e de vigilância da saúde.

As categorias de análise, derivadas da definição de práticas de programação da atenção básica e da vigilância da saúde explicitada no item 2.1 e que deram origem à coleta dos dados, foram as seguintes:

- (1) Sujeitos da programação: profissionais com responsabilidade institucional pela programação da atenção básica e da vigilância da saúde, com a indicação de sua qualificação e trajetória dentro do sistema municipal de saúde.
- (2) Conhecimentos, informações e instrumentos utilizados pelas coordenações de atenção básica e de vigilância da saúde na elaboração da programação de suas ações.
- (3) Utilização do Plano Municipal de Saúde na elaboração da programação das ações de atenção básica e de vigilância à saúde.

Para a realização das entrevistas foi elaborado um roteiro prévio fundamentado nas categorias analíticas do estudo (Apêndice B). As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos informantes atendendo aos procedimentos exigidos pelo comitê de ética em pesquisa que aprovou esse estudo sob o parecer número 006-08/CEP-ISC em 26 de fevereiro de 2008 (Anexo F).

Os documentos utilizados na análise documental foram recolhidos junto às coordenações estudadas e ao gabinete do secretário: Plano Municipal de Saúde

2006-2009, Plano Plurianual 2006-2009, Relatórios de Gestão 2006, 2007, Programação Pactuada Integrada e Pactos da Atenção Básica e da Vigilância da Saúde 2006 e 2007, Pacto pela Saúde 2007 e outros documentos de planejamento.

Os extratos das entrevistas foram codificados segundo as categorias de análise escolhidas, e cotejados com a análise documental, buscando-se averiguar divergências e convergências no discurso e na prática institucional acerca do objeto de estudo. Os achados foram comparados com as categorias analíticas, adotando-se o uso da estratégia de análise denominada de “pareamento de um modelo”, na qual o pesquisador define os elementos conceituais da prática estudada para ser a base de comparação com os achados do estudo.

3 RESULTADOS

3.1 SUJEITOS DA PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE

A análise das informações relativas aos sujeitos da programação permitiu observar que, nas coordenações estudadas, as equipes eram compostas por seis enfermeiras e três odontólogas na atenção básica e por cinco enfermeiras na vigilância da saúde. Todas as profissionais entrevistadas possuíam especialização em saúde pública e ou estavam fazendo o curso de mestrado profissionalizante em saúde coletiva com concentração em gestão de sistemas públicos de saúde². Toda a qualificação em nível de pós-graduação dos entrevistados era apoiada pela SMS como parte de uma política de educação permanente para a qualificação da gestão.

Essas profissionais tinham em média mais de 8 (oito) anos de trabalho no sistema municipal de saúde. Todas ingressaram na SMS através de seleção pública para o Programa de Saúde da Família, local do sistema municipal de saúde em que iniciaram suas trajetórias profissionais. O trabalho diferenciado e comprometido com os princípios e diretrizes do SUS, desenvolvido por essas profissionais nas unidades de saúde da família constituiu-se na razão do convite do Secretário de Saúde para que estas compusessem a gestão do nível central da SMS.

A análise dos dados permitiu inferir que os profissionais participantes deste estudo além de possuir trajetória profissional originária do Programa Saúde da Família, apresentavam afinidades políticas com os princípios e diretrizes do SUS, base da administração municipal para a construção do Sistema Municipal de Saúde. O compromisso com a construção e consolidação do SUS municipal foi internalizado e assumido como responsabilidade comum à grande maioria dos profissionais que hoje atuam no nível central.

Essas profissionais tiveram participação ativa na elaboração do PMS 2006-2009. Tanto a Atenção Básica quanto a VS fizeram reuniões com todos os setores ligados a suas respectivas coordenações com o objetivo de elaborar uma planilha

² O mestrado profissionalizante foi um projeto formulado pela SMS e Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, em convênio com o Ministério da Saúde, com o objetivo de profissionalizar e qualificar a gestão, através de uma política de educação permanente que forneça fundamentos teóricos para implementação do projeto político do município para o sistema de saúde.

operativa (Anexos A e B) seguindo as macrodiretrizes e estratégias que serviriam de base para construção do PMS.

3.2 PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA DA SAÚDE

O processo de programação da Atenção Básica e da VS iniciou-se no momento da elaboração das planilhas operativas, documentos que apresentam descrição detalhada de como executar as ações para alcançar os objetivos, instrumentos que antecederam a construção do PMS. A elaboração das planilhas seguiu as macrodiretrizes e estratégias para o desenvolvimento de ações, consensuadas em reunião com todo o colegiado gestor da SMS e que serviram de elemento norteador na elaboração da versão final do PMS.

Há evidências que as coordenações de Atenção Básica e de Vigilância da Saúde desenvolviam atividades de programação. A representante do Secretário de Saúde reconhecia a programação dos setores como fruto da profissionalização da gestão, possível devido ao investimento em educação permanente. Com o amadurecimento da gestão, as gerências e coordenações foram incorporando as práticas de programação, seja pela necessidade ou pela responsabilidade enquanto atores na construção do sistema municipal de saúde.

Mas, com o tempo, as pessoas amadureceram. Nós também tivemos cursos de especialização, agora já temos Mestrado de Gestão, e outros cursos que as pessoas vão fazendo. É evidente a importância da programação, acho que tanto a Atenção Básica como a Vigilância estão se dedicando mais a programar a suas ações antes de serem feitas até mesmo para melhor avaliar resultados (ENT 5).

Eu tenho percebido que a Secretaria de Saúde está incorporando a programação e construindo instrumentos próprios de programação (ENT 5).

Segundo a representante da Gestão, existiam elementos que confirmavam a construção de uma programação entre os diversos setores da SMS, em que a utilização do plano municipal de saúde era evidente. Considerava, também, a necessidade de ancorar a programação das ações de saúde à programação financeira e orçamentária, de modo a controlar os problemas derivados da insuficiência do financiamento do setor saúde, uma vez que já se contava com certa autonomia técnica e política conquistada ao longo dos anos pela SMS.

A representante da Gestão afirmou que a utilização do PMS, PPI, PPA, LOA e indicadores como fontes de informação para a programação, tornou-se mais evidente e aplicável a partir do momento que se estabeleceu uma coerência entre os objetivos e metas de todos esses documentos.

A coerência nos objetivos dos documentos como: PMS, PPA, PPI, LOA etc., são essenciais para nortear as ações de programação. Hoje nós temos a tranquilidade de afirmar que no nosso município esses documentos têm coerência (ENT 5).

A mesma entrevistada observou que apesar de existir uma programação desenvolvida pela atenção básica e pela VS, as demandas do cotidiano dificultavam a implementação do que foi programado.

Uma dificuldade que eu vejo para programar são as demandas espontâneas, que fogem completamente até mesmo à competência do setor, que foge ao nosso limite financeiro-orçamentário, que de 5 anos para cá, com o crescimento da Atenção Básica e de divulgação do SUS, a população utiliza muito mais o SUS, tem dias que o nosso setor não faz outra coisa senão atendimento ao público. Então, isso dificulta uma programação. A Saúde lida com casos de urgência, a gente tem que ver como tomar providência para resolver aquela compra, ou para resolver aquele problema, ou fazer aquela internação (ENT 5).

Para a coordenação da atenção básica, a necessidade de programar parecia estar relacionada com as demandas cotidianas e com que foi previamente estabelecido no Plano Municipal de Saúde. A divisão dos profissionais em áreas técnicas e no processo de supervisão às equipes locais parece ter projetado de forma mais clara e objetiva o resultado da programação de atividades e facilitou o fluxo de trabalho entre os membros da coordenação.

Apesar de haver uma divisão das tarefas entre os membros da coordenação, a resolução dos problemas envolvia todo o grupo.

Numa semana da Coordenação aqui da atenção básica são resolvidos todos os problemas relacionados ao serviço, fazem-se todos os papéis que forem necessários, mas também existe o momento de discussão, avaliação e planejamento semanal (ENT 1).

Em 2007 acho que nós conseguimos amarrar mais a questão da programação. Em 2005, 2006, como todo mundo fazia tudo, todo mundo estava envolvido com supervisão, e dentro da supervisão, todo mundo se envolvia com as áreas técnicas, então, nós tínhamos dificuldades de ver o resultado das ações desenvolvidas. E com a programação nós percebemos que isso é facilitado. Quando nós programamos, nós conseguimos trazer à tona, ou dar visibilidade para os resultados que foram alcançados. Porque quando não programamos, vamos fazendo, pela necessidade de executar,

sem avaliar os resultados que foram alcançados. E isso aconteceu muito em 2006 (ENT 4).

A Coordenação da Atenção Básica utilizava o PMS, as demandas internas da SMS, os dados do SIAB e os indicadores da vigilância como informações para a programação de suas ações e atividades. Utilizava, também, informações de caráter qualitativo, oriundas das relações que estabeleciam com as equipes das unidades básicas de saúde.

Utilizamos as informações trazidas das Equipes de Saúde da Família através das fichas (PMA2 e SSA2), as demandas internas da Secretaria de Saúde e o Plano Municipal de Saúde (ENT1).

Com relação aos Conselhos Locais, eu fiz um diagnóstico situacional desses Conselhos, com perguntas simples: Como estava o funcionamento deles? Se estava regular ou irregular quanto à composição? Se não existiam ou se estava em fase de implantação? Com base nessas informações nós programamos ações e estratégias, para poder estar resolvendo esses problemas (ENT4).

Há evidências que a reunião semanal da coordenação era o principal momento da programação da atenção básica. As decisões sobre as atividades a serem realizadas procuravam seguir um consenso, após discussão com todos os membros da coordenação. Quando a resolução do problema exigia uma solução mais complexa, eram eleitos pelo grupo alguns técnicos do setor para melhor estudar o problema e apresentar possibilidades de solução em reunião posterior.

Existem atividades de programação que não são concluídas dentro destas reuniões porque não haveria tempo hábil pra isso. Geralmente se discute a idéia na reunião e é dividido por profissionais, quem ficará responsável por trazer uma sugestão para determinado projeto. Ao dividir um grupo de duas ou três pessoas, elas discutem, fecham o projeto e apresentam na próxima reunião com a sugestão e a partir daí se conclui a programação que tinha sido discutida previamente na reunião anterior. Isso que tem ajudado na organização do trabalho (ENT 1).

As reuniões semanais da equipe da Coordenação da Atenção Básica eram também um espaço para discutir as demandas do cotidiano, a avaliação, o monitoramento e o ajuste das ações programadas. Nessas reuniões, seguia-se uma lógica formal em que toda a equipe da coordenação sugeria pontos de pauta durante a semana anterior para apoiar a discussão e a construção de consenso entre o grupo.

Entretanto, o volume de decisões e a complexidade das demandas tornavam a execução das ações programadas um grande desafio para a equipe. Apesar da construção coletiva da programação, as demandas do cotidiano necessitavam de respostas imediatas, sobrepondo-se ao que tinha sido previamente programado, o que reforça a posição da representante da gestão explicitada anteriormente.

Considero a reunião de segunda-feira a prioridade semanal, pois se trata do momento que a Coordenação tem para avaliar e planejar o restante da semana além de acompanhar a programação das ações (ENT1). Houve momentos em que não existia essa reunião e atualmente se percebe a diferença, podendo-se dizer que quando não havia a reunião “era uma loucura”, decisões eram tomadas de maneiras diferentes quando o problema era o mesmo (ENT 4).

No momento em que a reunião semanal foi estabelecida como rotina e prioridade dentro da Coordenação de Atenção Básica, o processo de trabalho parece ter ficado mais dinâmico e as decisões mais homogêneas, minimizando as incongruências do processo decisório entre os membros da coordenação, o que melhorou as relações interpessoais e diminuiu os conflitos.

A reunião de segunda-feira é a prioridade semanal, pois se trata do momento que a Coordenação tem para avaliar e planejar o restante da semana. A partir dessas reuniões semanais pode-se encaminhar e direcionar melhor as demais atividades e decisões no decorrer da semana (ENT 1).

Quanto à programação das ações a nível local, a Coordenação da Atenção Básica trabalhava com os indicadores³ de acordo com a área de abrangência de cada unidade de saúde da família. A PPI, o SIAB, o relatório de gestão, o SINASC e o SINAN eram utilizados como informações para a elaboração da programação local com as equipes de saúde da família. No momento da reunião entre a coordenação e ESF eram observadas as necessidades de saúde da comunidade e a capacidade de resolução da ESF.

Existem também planilhas de PPI construídas de acordo com a realidade local das Equipes de Saúde da Família de maneira proporcional ao número de famílias em sua área adscrita (ENT 1).

³ A Atenção Básica trabalhava com os indicadores do SIAB, SINASC, SINAN, SIH e, a partir de 2006 com o Pacto pela Vida em defesa do SUS e de Gestão que foi elaborado com base no PMS.

No momento em que a atenção básica optou por construir uma PPI junto com as equipes de saúde da família discutindo as necessidades locais de saúde ficou evidente o compartilhamento do poder técnico entre a coordenação e ESF. Esse fator parece ter sido fundamental para melhorar os indicadores, estabelecer responsabilidades e melhorar a relação profissional entre ESF e coordenação.

Planilhas próprias que a Atenção Básica construiu para que cada Equipe de Saúde da Família construa os seus indicadores ao longo do ano. Existem ainda outras planilhas voltadas à supervisão, tanto para supervisão das equipes, como das equipes para os usuários e para os agentes comunitários (ENT 1).

A necessidade de fazer uma melhor avaliação do que foi planejado pela área técnica e pela supervisão da atenção básica, visando os ajustes necessários, levou a Coordenação a criar planilhas, prontuários de equipe e outros documentos normativos que serviam como instrumentos para a programação (Anexo C).

Então ao longo desses anos houve a necessidade de elaborar cada vez mais instrumentos para que a Coordenação possa ter isso registrado, o maior número de informação possível já que sem registro não se consegue fazer uma avaliação eficaz (ENT 1).

É importante ressaltar que a experiência de programação da Coordenação da Atenção Básica estava intimamente relacionada com processos de monitoramento e avaliação das ações desse nível de atenção. Havia uma interação entre essas iniciativas de racionalização técnica das ações de saúde. No discurso dos entrevistados esses momentos muitas vezes eram inseparáveis.

A experiência de trabalho e a trajetória profissional da equipe de Coordenação da Atenção básica contribuíram para a adoção de uma metodologia simplificada no processo de programação, construída a partir do saber prático de seus membros.

É feita uma programação dentro da metodologia daquilo que nós conhecemos, não que nós recorramos a um livro de metodologia para poder fazer isso nos moldes certinhos, mas seguimos metodologias adequadas a nossa realidade (ENT 1).

A relação entre o processo de programação da referida Coordenação e processo de formulação e implementação do PMS 2006-2009 será apresentada no item 3.3.

A Vigilância da Saúde teve, na descentralização das suas ações para as unidades prestadoras de serviços, um dos principais motivos para construção de uma programação pactuada com os demais setores da SMS. A necessidade de alcançar as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde exigiu o desenvolvimento de co-responsabilidades institucionais para alcançar as ações e metas previstas que necessitavam de intervenções das demais estruturas da SMS.

Observou-se que a aproximação entre a VS e a Atenção Básica aconteceu pela necessidade de interação entre tais setores. O acúmulo de experiência, o bom relacionamento interpessoal e as capacitações em gestão possibilitaram uma maior interação entre os profissionais desses setores.

Quando nós fizemos a descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica para Atenção Básica, a partir daí foi que começou a iniciar um trabalho em conjunto com a Atenção Básica. A gente viu a necessidade de ta assim participando de reuniões, com o pessoal da Atenção Básica, convidando eles pra fazer parte da programação das ações da Vigilância à Saúde (ENT3).

A Vigilância possuía uma programação de abrangência municipal explicitada no PMS, documento norteador da programação operacional das gerências dos serviços. Entretanto, tal programação foi construída previamente à formulação do PMS, mediante o preenchimento de uma planilha operativa que depois foi transformada em ações mais gerais para serem incorporadas no PMS (Anexo A).

Além da programação de abrangência mais genérica explicitada no PMS, a Vigilância da Saúde dispunha de outros instrumentos de programação sendo as planilhas operativas (Anexo A) e o roteiro de monitoramento das ações de vigilância (Anexo D). O roteiro de monitoramento tem como objetivo monitorar os indicadores pactuados e sinalizar através de comentários e justificativas quando ocorrer que o indicador alcançado for diferente do desejado. Esse monitoramento incluía desde os indicadores de cobertura vacinal até a formulação de projeto de intervenção como o de doenças e agravos não notificáveis.

Os instrumentos são construídos no momento da necessidade e de acordo com a realidade daquele momento (ENT 3).

As atividades de programação da Vigilância dependiam quase que exclusivamente do monitoramento dos indicadores. A observação de resultados indesejáveis quanto ao cumprimento das metas motivava o desencadeamento de uma série de atividades programadas especificamente com o objetivo de melhorar o indicador.

O roteiro para monitoramento das ações de VS é um instrumento de monitoramento que serve de base para avaliação do município por parte dos técnicos da SVS/MS e DIVEP/SESAB. Essa avaliação realizada pelos técnicos do MS e SESAB é feita anualmente e discutido com a Secretária Municipal de Saúde o resultado de cada indicador, nesse momento, a VS tem que justificar e explicar o que foi programado e executado para melhorar o indicador não alcançado conforme tabela 1.

Tabela 1 - Monitoramento das ações de vigilância em saúde.

II – Monitoramento das ações de vigilância em saúde

O preenchimento do campo “comentários/justificativa” deverá ocorrer sempre que o alcançado for diferente do desejável.

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
3. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL			
3.1. Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) – percentual pactuado (100%) de casos investigados laboratorialmente.	121	120	99,2%
Comentários/justificativa: Apenas um caso não foi conseguido coletar, pois o caso foi de consultório particular e não permitiu fazer a recoleta. Todos os outros foram investigados laboratorialmente, sendo que 99,2 foi oportunamente.			
3.2. Encerrar casos de meningite bacteriana por critério laboratorial – percentual pactuado (32%) de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex.	18	5	27,8%
Comentários/justificativa: Os números de encerramento por critério laboratorial continuam baixo devido a problemas no momento da realização do exame que não é de gerência da SMS e sim do Estado.			
3.3. Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes – 100% das gestantes com partos normais (vaginais), cesáreas e curetagens pós-aborto atendidas na rede pública e conveniada com VDRL realizado.	3.443	4.060	117,9%
Comentários/justificativa: Os Dados de gestantes foram coletados do SIS-PRENATAL que cadastram gestantes das áreas de abrangência das USF e UBS do município e não se conhece o percentual de mulheres residentes que são submetidas ao parto fora do município e que realizam o exame, além de muitas áreas nobres do município não ser coberto pelas UBS.			

Fonte: Roteiro de monitoramento das ações de VS 2007

A execução do processo de programação em seu aspecto mais detalhado está nas planilhas operativas, que são dotadas de grande flexibilidade para adaptações às variantes do cotidiano, porque, para realizar as ações programadas dependem da situação financeira, técnica e política do momento. As planilhas operativas também foram construídas por cada setor para servirem de base na elaboração do PMS.

Na Vigilância à Saúde a minha programação ela vai ser uma programação mais macro porque eu trabalho com vários setores. Já a programação operacional ela vai ser mais detalhada e construída através de planilhas operativas pelos setores, é a maneira exata de como vão ser executadas as ações (ENT 3).

A Vigilância tem metas que o Ministério da Saúde e o Estado traçam junto ao Município para que possa ser cumprida pelo nível local (ENT 2).

O acompanhamento e o monitoramento das ações e metas propostas na programação ficava sob a responsabilidade da coordenação de VS, uma vez que suas gerências ficavam tão envolvidas na operacionalização da programação que não havia uma prioridade em avaliar os resultados das suas ações. Geralmente, isso acontecia na elaboração do relatório de gestão ou em momentos estabelecidos pela coordenação de vigilância em que as gerências avaliavam os resultados das ações programadas.

Eu trabalho com vários setores, então eu vou trabalhar com uma programação geral dentro das ações do PMS junto com os setores, já a programação operacional ela vai ser construída bem detalhada pelos setores, e depois de feita eu faço uma espécie de formatação junto com eles da programação geral da Vigilância para caracterizar uma construção coletiva (ENT3).

A VS utilizava várias fontes de informações para trabalhar a programação, sendo que os sistemas de informações oficiais eram as mais importantes, e essenciais ao monitoramento dos indicadores que orientava as ações de programação. Outro instrumento de monitoramento era o relatório de gestão, por ser um documento que apresentava o resultado de todas as ações construídas ao longo do ano.

A Vigilância trabalha com o Relatório de Gestão, com o Sistema de Informação (SIM, SINASC, IBGE, SISVAN), com o Plano Municipal de Saúde, com o Pacto de Gestão para que se possa realmente priorizar as ações dentro da Vigilância juntamente com a Atenção Básica (ENT 2).

Trabalho primeiro com o relatório de gestão, este relatório é o retrato de toda programação que foi realizada no ano, tenho como a maior fonte de informação. Outra fonte de informação é o PMS para analisar se as ações planejadas estão ou não dentro do que eu estou fazendo, se existe coerência com o PMS que eu tenho de usar como base para a programação das atividades (ENT 3).

3.3 O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE E A ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE

Foi possível observar que o conteúdo do PMS influenciava a elaboração da programação das coordenações estudadas possivelmente porque as planilhas operativas serviram de base para a construção do PMS. Todas as programações posteriores à construção do PMS eram atualizações ou derivações das planilhas operativas. Ficou evidente que havia uma espécie de memória institucional entre os entrevistados, um tipo de acúmulo de experiência na construção do sistema de saúde que foi internalizado por esse grupo e projetado no PMS e demais instrumentos formais de planejamento institucional, a exemplo do PPA, LOA e PPI.

As planilhas operativas elaboradas pelas gerências dos setores que antecederam a construção do PMS 2006 – 2009 e foram utilizadas como instrumentos de programação, porém adaptadas às demandas do cotidiano. As macrodiretrizes e estratégias inscritas no PMS orientavam a programação das coordenações e gerências ainda que utilizassem outros formatos de planilhas (Anexos C e D).

Para a gestão municipal, o PMS deveria balizar e, ao mesmo tempo, ser atualizado pelo processo de programação da SMS. O PMS enquanto documento normativo é influenciado por determinantes econômicos, políticos e financeiros. Esses determinantes estão presentes na dinâmica da programação, momento do planejamento em que é possível estabelecer certa flexibilidade quanto ao que foi planejado. O PMS é um documento dinâmico e pode ser alterado a depender das necessidades de saúde da população.

O plano foi um documento normativo de construção coletiva desde o primeiro momento até o formato final. Se tivermos que mudar o Plano também, nós mudaremos porque depende da situação de saúde do momento (ENT 5).

O colegiado gestor da SMS fundamentou a elaboração do PMS principalmente na análise de viabilidade política, técnica, econômica e financeira das ações, objetivos e metas propostas no PMS. Observaram-se nas duas coordenações estudadas, preocupações com a análise da viabilidade das propostas e seu reflexo sobre a sustentabilidade do sistema municipal de saúde.

Todos os entrevistados referiram que a elaboração das propostas para o PMS foram baseadas em duas macrodiretrizes: sustentabilidade e qualificação do sistema de saúde. Todas as prioridades foram pactuadas entre os membros da gestão e o conselho municipal de saúde em reunião ampliada.

No primeiro momento houve uma reunião ampliada na Secretaria de Saúde para se discutir: As macrodiretrizes e estratégias operacionais para elaboração do PMS (ENT 1).

Foi observada que os entrevistados tinham um forte conhecimento acerca do PMS, provavelmente devido à participação desses profissionais em sua construção, em especial na priorização dos objetivos, metas e estratégias, elementos que foram fundamentais para estabelecer co-responsabilidades em todos os níveis de gestão, o que facilitou a implementação da programação vinculada ao PMS.

A coerência observada entre o conteúdo do PMS e os demais instrumentos formais de planejamento e programação era resultado de um acúmulo de experiência e treinamentos viabilizados pela SMS com o objetivo de profissionalizar a gestão. Essa afirmação fica evidente nas planilhas operativas (Anexos A e B) em que se observa que as macrodiretrizes norteadoras das planilhas são as mesmas diretrizes do PMS (Anexo E).

O diagnóstico situacional e o estabelecimento de metas, objetivos, estratégias e responsabilidades definidas no PMS facilitavam o desenvolvimento das atividades diárias da SMS.

O Plano Municipal de Saúde é fundamental, porque ali são tratadas as metas para serem cumpridas. E claro que também pode ser alterado. Então, quando você tem um instrumento em que se consegue fazer: o diagnóstico da situação, que consegue estabelecer responsabilidades de quem vai fazer, a próxima meta a ser cumprida. Fica muito mais fácil o trabalho do dia, apesar das intercorrências que a gente tem que parar, mas o plano contém informações essenciais para a programação do dia a dia (ENT 5).

A maior dificuldade encontrada no processo de programação era o financiamento do sistema. Apesar da existência de coerência entre o conteúdo do plano e o processo de programação, isto não era suficiente para garantir a realização das ações prioritizadas e programadas pela Atenção Básica e VS. A insuficiência do financiamento e os determinantes econômicos da saúde eram elementos que dificultam ou até mesmo inviabiliza a execução da programação.

O orçamento da saúde é insuficiente para a demanda progressivamente crescente, até porque as mazelas econômicas desembocam na Saúde. As leis são criadas, tudo para todos, só tem que a Secretaria não tem recursos para isso. Então por mais que se programe em coerência com o plano municipal de saúde nos deparamos sempre com a insuficiência do financiamento (ENT 3).

A grande demanda do cotidiano dificultava uma análise sistemática do PMS, tornando a programação elemento essencial para incorporar as variantes situacionais (políticas, econômicas, técnicas e financeiras). O relatório anual de gestão era um momento de avaliação em que existia a descrição de todas as atividades programadas no ano, ou seja, apresentava um retrato situacional que servia como elemento norteador para a verificação da eficiência das práticas de programação e sua correlação com o PMS.

Mas, acho o Plano Municipal fundamental e ele tem que ser revisto se foi cumprido ou não através do Relatório de Gestão (ENT 5). Trabalho primeiro com o relatório de gestão. Vamos dizer assim este relatório é o retrato daquele ano de toda programação que foi realizada, então ali vai ter o que foi executado, então ali eu tenho como a maior fonte de informação (ENT 3).

Houve a participação de todas as coordenações e gerências de serviços da SMS na elaboração das planilhas operativas que originaram o PMS. Essa construção teve participação efetiva das coordenações de Atenção Básica e da VS. Boa parte do documento registra a definição de responsabilidades diretas ou indiretas dessas coordenações na execução das ações (Anexos A e B).

Cada Coordenação ficou na responsabilidade de se reunir, discutir suas ações, elaborar suas propostas e em outras reuniões macro com todos os setores da secretaria todos iriam rediscutir tudo que foi apresentado (ENT 1).

Na Coordenação da Atenção Básica observa-se que tanto as áreas técnicas como as áreas de supervisão ficaram responsáveis pela formulação das propostas, priorização dos problemas, definição de responsabilidades e estabelecimento de estratégias de intervenção, base para a formulação do PMS. Todos esses elementos foram construídos através de planilhas operativas e posteriormente formatados no PMS.

Cada Coordenação ficou na responsabilidade de se reunir e construir as planilhas operativas discutindo suas ações, elaborando objetivos e metas e em outras reuniões macro todos iriam discutir tudo o que foi elaborado para pactuar na formalização final do PMS (ENT 1).

A Atenção Básica participou ativamente da elaboração do PMS. Entretanto a desagregação das ações do PMS deveria ocorrer mediante a programação de curto prazo, no cotidiano, momento em que seria possível incorporar a melhor estratégia frente as variantes situacionais. O Plano para essa Coordenação era o documento que continha a direcionalidade das ações a serem executadas.

O Plano Municipal de Saúde a Coordenação não utiliza com a mesma frequência que se utiliza os dados dos indicadores, mas se tem parado para observar que a Atenção Básica construiu o Plano Municipal de Saúde para nortear a sua linha de ação, porque é na programação semanal ou até mesmo diária que o PMS se concretiza (ENT 1).

A Coordenação da Atenção Básica realizou a análise de viabilidade técnica e política das propostas sob sua responsabilidade contidas no Plano. Entretanto, a análise de viabilidade financeira foi pouco utilizada, talvez pelo pouco conhecimento da coordenação sobre o custeio dos serviços.

Foi quase “um parto” esse Plano, pois para cada proposta tivemos que discutir a viabilidade. Se as ações têm condições técnicas, financeiras, políticas, se vai dar conta de cumprir aquilo dentro daquele prazo estabelecido. Dentro dessa análise de viabilidade uma avaliação que fica sempre menos utilizada é a análise financeira, pois nós fazemos muita análise técnica, de estrutura, de prazo, política, etc. (ENT 1).

Para os membros da Coordenação de Atenção Básica era fundamental existir coerência entre os objetivos e metas dos documentos normativos (PMS, PPA, PPI, LOA e os diversos Pactos). Foi possível verificar que a programação das ações de

saúde foi elaborada de modo coerente com as macrodiretrizes, estratégias e objetivos do PMS, conforme extrato abaixo.

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos			
LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
-Reduzir a mortalidade por doenças do Aparelho Circulatório e Respiratório	-Motivação e qualificação dos profissionais.	-Promover educação permanente para os profissionais da rede básica de saúde	Pólo de educação Permanente; Atenção Básica; Vigilância à Saúde

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2006-2009

São vários instrumentos que a Gestão utiliza para poder traçar sua programação. Por isso tivemos que unir o melhor possível esses instrumentos para Gestão conseguir dar conta realmente daquilo que foi planejado, até por conta do prazo. Exemplo do Plano 2006-2009, como é um prazo longo, tem que se estar sempre revendo e incorporando-o aos diversos documentos normativos (ENT 1).

Esse ano pegamos o Plano uma vez para pensar no planejamento de 2008 e não fugir daquilo que está no plano. Para tentar nortear a programação da Coordenação em dois mil e oito (ENT 1).

Na verdade, como nós vivenciamos a Gestão, não precisamos nem olhar para o Plano, porque já sabemos quais são as necessidades, e quais são as dificuldades elas foram colocadas no PMS e em todos os outros documentos normativos (ENT 4).

Apesar das demandas cotidianas sobrecarregarem a Coordenação da Atenção Básica, existia uma preocupação em fazer a programação orientada pelo PMS. A responsabilidade da Atenção Básica definida no PMS estabelecia uma espécie de compromisso dos profissionais com a programação das ações de saúde.

Esse ano pegamos o Plano uma vez para pensar na programação de 2008 e não fugir daquilo que está no plano. Para tentar nortear a programação da Coordenação de dois mil e oito. Nós pegamos, discutimos e fazemos uma re-leitura rápida das ações e propostas de responsabilidade da Atenção Básica para tentar colocar na programação do ano proposto (ENT 1).

O Plano Municipal de Saúde a Coordenação não utiliza com a mesma frequência que utiliza os dados dos indicadores, mas se tem parado para observar o que a Atenção Básica construiu tem coerência com o PMS. O Plano Municipal de Saúde é utilizado para nortear a linha de ação da Atenção Básica na programação (ENT 1).

O tempo de gestão, a experiência vivida nos diversos níveis do sistema e a clareza dos objetivos a serem alcançados, foram elementos que contribuíram para

que os profissionais da Coordenação da Atenção Básica internalizassem os objetivos, metas e macro-diretrizes do PMS. Apesar do PMS não ser utilizado rotineiramente na programação semanal, observava-se uma forte correlação entre a programação e o que foi planejado no PMS, de um modo geral.

Na Coordenação de Vigilância da Saúde, as ações eram analisadas em função do grau de alcance dos indicadores pactuados. Na medida, em que o PMS foi elaborado tomando por referência os processos de pactuação de indicadores, tornou-se o elemento norteador das práticas de programação da vigilância da saúde, pois o monitoramento dos indicadores era o ponto de partida para disparar o processo de programação. Entretanto, observou-se que a utilização do PMS era limitada à sua área de atuação, pouco se discutia o PMS em sua totalidade durante a programação das ações de vigilância:

Nas reuniões analisamos as estratégias que não deram certo e tentamos mudar para outras estratégias para poder estar almejando um indicador melhor para o nosso setor. Consultamos ainda o Plano Municipal de Saúde onde está traçada as metas para Vigilância Epidemiológica, para Hanseníase, Tuberculose, Dengue etc. Por isso são utilizados esses parâmetros também para que a equipe (nível central) possa estar norteando as ações da Vigilância (ENT 2).

Outra fonte de informação é o plano municipal para analisar se as ações planejadas estão ou não dentro do que eu estou fazendo, se existe coerência com o plano que eu tenho de usar como base para a programação das atividades (ENT 3).

A programação da VS tinha o Plano como um elemento balizador na proposição das ações de saúde. Os documentos normativos de planejamento e programação como as planilhas de monitoramento dos indicadores (Anexo D) e as planilhas operativas (Anexo A) foram construídas para dar exeqüibilidade a operacionalização do PMS, seguindo as macrodiretrizes e estratégia do plano como prioridade de gestão.

A programação da vigilância tem toda uma relação básica com o PMS, e todos os outros documentos que fomos construindo depois seguiram a lógica do PMS e acompanhados sua execução pelo Relatório de Gestão (ENT 3).

A Coordenação da Vigilância da Saúde também participou ativamente do processo de elaboração do PMS 2006-2009. Participou do levantamento de problemas e necessidades de saúde da comunidade. Discutiu a integração com

outros setores, a exemplo da atenção básica, central de marcação, regulação e HMEM. Essa participação ativa, tal como observado na Coordenação de Atenção Básica, contribuiu para a elaboração de uma programação coerente com o PMS.

Foram feitas várias reuniões, inclusive algumas reuniões foram com a comunidade, levantando os problemas e necessidades de saúde da comunidade (ENT 2).

No plano, em algumas atividades de alguns setores, foi colocada ação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade, ela esteve ali presente. Está fazendo parceira com alguns setores como atenção básica, como central de marcação, regulação, laboratório é fundamental (ENT 4).

4 DISCUSSÃO

O estudo das práticas de programação da Atenção Básica e da Vigilância da saúde no município revelou diferenças entre essas coordenações em relação ao momento e à necessidade de elaborar a programação. A Atenção Básica parece elaborar uma programação sistemática, em que as necessidades cotidianas e avaliação da situação de saúde da comunidade são elementos essenciais e provocativos para o desencadeamento da programação. Já a Vigilância à saúde (VS) utiliza o monitoramento dos indicadores como principal elemento provocativo para desencadear a necessidade de programação, desde que o indicador apresente valores abaixo da meta pactuada.

Em relação aos sujeitos da programação observa-se que tanto os profissionais da Atenção Básica quanto da VS demonstravam envolvimento e responsabilidade com o sistema municipal de saúde desde a sua implantação, provavelmente devido à trajetória desses profissionais na SMS, em que muitos deles ocuparam funções nos diversos níveis do sistema a exemplo da assistência na Atenção Básica até o nível central.

Segundo Matus (1993), os atores sociais são forças sociais e personalidades que controlam centros de poder. Esses centros de poder tomam, muitas vezes, a forma de instituições. Na SMS o setor da Atenção Básica e a VS são centros de poder em que os atores da programação estabelecem ações, metas e objetivos diante de uma situação de saúde previamente estudada.

Em relação à operacionalização da programação é inevitável dividir o todo em partes fragmentando o planejamento em unidades operacionais para conformar um espaço eficaz para a prática. Esse espaço deve ser proporcional às nossas capacidades situacionais, desde que correspondam à nossa situação gerencial no processo de execução da programação (MATUS, 1993).

A programação é a reprodução conceitual das atividades e tarefas que é preciso realizar para conseguir um resultado um produto previamente definido e as seqüências correspondentes. Um programa é o resultado dessa elaboração com as designações de recursos e responsabilidades administrativas que garantam a viabilidade da proposta (TESTA, 1995).

Segundo Matus (1993), os setores dividem o mundo à sua maneira, o que também é observado na operacionalização da programação pela Atenção Básica e

VS, quando as coordenações estabelecem vínculos de responsabilidades com os diversos setores envolvidos na execução das ações programadas.

Nosso destino vai-se construindo dia a dia, incessantemente mesmo que não saibamos ao certo para onde ele nos conduz (MATUS, 1993) observou-se que alguns técnicos não utilizavam rotineiramente o PMS, entretanto suas ações apresentavam coerência em relação ao conteúdo do PMS, o que demonstra uma espécie de internalização das propostas do PMS pelos técnicos da secretaria.

O PMS foi construído com a participação da população através do conselho municipal e dos técnicos da SMS. Na realidade é difícil que uma ação mobilize a totalidade dos atores sociais, de maneira que o espaço social vai estar construído pelo conjunto de ações propostas no processo de discussão ou realização com a sobreposição das tensões geradas para a construção do PMS, dessa forma uma construção coletiva passa a ser uma estratégia para diminuir conflitos e estabelecer adesão e responsabilidades (MATUS, 1993).

Segundo Teixeira (2001) para que se chegue a um consenso ainda que provisório na elaboração do PMS é necessário que a análise da situação de saúde do município tenha a participação de todos os sujeitos sociais (dirigentes e técnicos do nível político administrativo do governo, profissionais de saúde da assistência e representante dos diversos grupos da população) responsáveis pela promoção, preservação e recuperação da saúde da população.

Observa-se que o consenso ainda que provisório demonstra ser elemento fundamental para se estabelecer coerência entre o PMS e a programação. Podemos afirmar que as planilhas operativas construídas pela Atenção Básica e a VS descrevem a organização lógica e temporal das atividades a serem desenvolvidas com definição de responsabilidades, prazos, metas e objetivos (TEXEIRA 2001). Dessa maneira podemos dizer que existe coerência entre o conteúdo do PMS e a programação, provavelmente porque as construções das planilhas operativas de programação (Anexos A e B) antecederam a elaboração do PMS (Anexo E).

As planilhas operativas elaboradas pela Atenção Básica e pela VS passaram a ser elemento fundamental para execução do PMS provavelmente devido a grande capacidade adaptativa às demandas do cotidiano. Segundo Sampaio (2002) as tecnologias de programação devem possuir grande flexibilidade para adaptação às diversas realidades locais o que é fundamental para a incorporação das variantes

situacionais e demandas exógenas como a judicialização da saúde e as demandas emergenciais não provisionadas.

O PMS quando elaborado numa perspectiva democrática é uma estratégia para gerir conflitos e cooptar atores do processo de programação para estabelecer poderes e definir responsabilidades. Nesse contexto a análise de viabilidade passa a ser o fator de maior relevância na discussão argumentativa, que tem por objetivo convencer os diversos atores a implementar um processo de programação pactuado pela maioria.

A clareza e a fidedignidade das informações utilizadas pela Atenção Básica e VS permitiram a elaboração de uma programação eficiente e mais próxima da realidade. Segundo Matus (1993), podemos descobrir acertos e falhas em nossas informações, em nossos modelos, em nossas teorias e em nossos cálculos e é nossa responsabilidade aprender para melhorar os cálculos futuros. Os instrumentos oficiais de programação e os instrumentos construídos de acordo a necessidade das coordenações ajudam na operacionalização das ações programadas, ainda que ocorra erro de cálculos entre objetivos, ações e metas devido à dinamicidade da situação de saúde.

As atividades de programação exigem uma avaliação permanente da evolução da mudança situacional e dos resultados reais alcançados, após cada ato de intervenção ou depois de algum evento não planejado ou exógeno ao sistema que altere as características da situação de saúde (MATUS, 1993). A dinâmica da situação de saúde e a velocidade como são processadas as informações no processo de programação, confirmam que a flexibilidade das ações programadas foi elemento comum a VS e Atenção Básica.

Segundo Matus (1993), o importante não é seguir uma ordem lógica e formal estrita, que muitas vezes agride a racionalidade prática, é fundamental uniformizar os critérios de coerência global em que as informações utilizadas na programação sejam fundamentos comuns a todas as ações programadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMS, apesar de suas limitações, orientou o processo de programação das ações de saúde na Atenção Básica e na VS. Assim a lógica da programação nesses setores é elaborada baseada nos determinantes e condicionantes das necessidades de saúde, tendo como elemento norteador o PMS. A sustentação dessa alternativa pode ser verificada quando analisamos as planilhas do (Anexos A e B) e comparamos com os objetivos, estratégias e ações do PMS (Anexo E).

É relevante entender como os profissionais responsáveis pela programação compreendem e implementam as ações com base em uma imagem objetivo que contempla os princípios e diretrizes do SUS. As condições propícias são, em parte criadas pelos atores sociais, com cadeias de eventos construtores de viabilidade (MATUS, 1993). Então as possibilidades de superar a realidade com base em novas alternativas advindas da prática do cotidiano e das discussões ficaram bastante evidentes no processo de trabalho para elaboração da programação da Atenção Básica e da VS.

Os resultados desse estudo indicam que a programação das ações de atenção básica e de vigilância da saúde era coerente com o processo de formulação e com o conteúdo do Plano Municipal de Saúde. Apresentou-se mais estruturada na Coordenação de Atenção Básica do que na Coordenação de Vigilância da Saúde. Alguns elementos foram fundamentais para a utilização do Plano Municipal de Saúde como eixo orientador da programação, o que contribuiu para dar coerência ao processo cotidiano de gestão das ações de atenção básica e de vigilância da saúde no município estudado:

- 1) Participação dos profissionais das coordenações estudadas em todos os momentos da elaboração do PMS;
- 2) Construção de consenso quanto às diretrizes, estratégias, objetivos e metas do Plano entre profissionais das coordenações e gestão municipal;
- 3) Retro-alimentação entre o processo de programação e os ajustes necessários ao Plano Municipal de Saúde, em função do alcance das ações programadas e das metas pactuadas.

Apesar da coerência verificada entre o PMS e a programação das áreas estudadas, observou-se também uma fragilidade na elaboração de instrumentos de

programação que articulassem as ações aos recursos financeiros, iniciativa fundamental para introduzir as questões de viabilidade financeira das proposições.

Há que se investir, também, em processos mais estruturados de monitoramento e avaliação das ações programadas, visando seu aperfeiçoamento. Apesar de a VS ter como base a oscilação negativa do indicador para executar a programação observa-se que na planilha operativa da VS (Anexo A) existe uma série de ações programadas para serem executadas que tem como objetivo a manutenção positiva do indicador.

Como sugestão ao processo de programação municipal alguns fatores que devem ser observados pelos gestores que possivelmente melhoraria a eficiência da programação:

- Implementar uma análise de viabilidade financeira que seja compartilhada e consensuada por todos os membros gestão, profissionais de saúde da ponta e comunidade no momento de elaboração do processo de programação;
- Estabelecer um setor responsável pelo planejamento e programação das ações de saúde na SMS;
- Descentralizar toda a execução financeira e orçamentária inclusive todos os momentos do processo de compra, ou seja, criar o Fundo Municipal de Saúde;
- Desenvolver na gestão e com os profissionais de saúde da ponta uma cultura de desenvolvimento, implementação e implantação dos serviços sob a lógica de redes assistenciais;
- Fortalecer a participação popular qualificada em relação à priorização do problema frente às necessidades de saúde. A qualificação da comunidade deve ser responsabilidade do município e ter caráter permanente;
- Definir um sistema de premiação conforme o avanço na modernização das estruturas e conforme os níveis de qualidade alcançados na produção dos serviços públicos que estimule os profissionais a criarem alternativas e possibilidades para executar a programação (MATUS, 1993);
- Desenvolver uma proposta coletiva de programação em que seja definido e consensuados os objetivos, estratégias e diretrizes da imagem objetivo que almeja a gestão;
- Garantir que a programação tenha caráter flexível para a incorporação das variantes exógenas que não foram contempladas no momento inicial da programação;

- Elaborar planilhas operativas que tenham como característica a descrição detalhada de como executar a programação tendo como base objetivos, estratégias, diretrizes, objetivos e definição de responsabilidades coerentes com a imagem objetivo;
- Promover momentos que facilitem a intersetorialidade para potencializar as ações e atividades que tenha a mesma finalidade, evitando assim a duplicidade de ações/atividades que proporcione o mesmo produto operacional;
- Desenvolver uma cultura de avaliação periódica do processo de programação que permita ao gestor acompanhar a execução ou modificar as ações programadas de acordo com a análise de situação do cotidiano.
- Estabelecer coerência dos objetivos e metas entre todos os instrumentos de planejamento e programação (PMS, PPA, LDO, PPIs e os diversos pactos).

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, C. S. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 8 (2): 129-133, abr/jun, 1992.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**. Uma construção coletiva. Instrumentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de Gestão: Garantindo saúde para todos**. Versão preliminar. Brasília, DF: Secretaria-Executiva, 2005. Série B. Textos Básicos de Saúde.
- CAMPOS, Rosana O. **O planejamento no labirinto**: Uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec, 2003.
- GERSCHMAN, S.; VIANA, A.L.D. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). **Saúde e democracia**: histórico e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.307-351.
- IRIART, J. Métodos qualitativos aplicados à segurança e saúde no trabalho. Brasília, 2004. In: **Módulo do Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde**. OFICINA DE PESQUISA ORIENTADA, 4., 2007. Vitória da Conquista: Instituto de Saúde Coletiva, 2007.
- MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993. Tomo I.
- MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil, In: GALLO, E. (Org.). **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 117-149.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.
- PAIM, J. S. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS – ISC, 2002. p. 407 – 433.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte; **Rev Saúde Pública**; 40(N Esp): 73-8.
- SÁ, M. C.; ARTMAN, E. Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local. **OPS/OMS**. Serie desenvolvimento de serviços de saúde, Brasília, (13):19-44, 1994.
- TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. J. S. P. **Modelo de atenção à saúde, promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador, 2006. 236 p.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e Planejamento de Saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap. 17.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva (ISC), 2001.

TESTA, MARIO. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: O caso da saúde. São Paulo: HCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 15-105.

VIANA, A.L.D.; HEIMANN, L.S.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G.; ODRIGUES, S.H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 139-151, 2002.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A - MATRIZ PARA A COLETA DOS DADOS.

Objetivo geral: Caracterizar as práticas de programação desenvolvidas pelas coordenações de atenção básica e de vigilância da saúde do Município de Vitória da Conquista no período 2006-2007, quanto à sua coerência com a operacionalização do Plano Municipal de Saúde 2006-2009.

Objetivos do estudo	Categoria de análise	Definição	Roteiro para coleta dos dados	Fontes de verificação
Caracterizar práticas e sujeitos da programação realizadas pelas Coordenações de Atenção Básica e de Vigilância da Saúde no período 2006-2007.	Sujeitos da programação	Profissionais que estão envolvidos diretamente no processo de planejamento e programação, em que as funções e responsabilidades assumidas ao longo de sua trajetória profissional contribuíram para a implementação da programação na Atenção Básica e VS;	Houve participação no processo de elaboração do PMS? Como aconteceu? Foi considerada a existência de recursos técnicos-organizativos, políticos e econômicos na elaboração das propostas? Como se dão as relações entre os profissionais das coordenações estudadas?	Entrevistas Análise documental
Verificar a existência de coerência entre as práticas de programação e o conteúdo do PMS 2006-2009.	Utilização do Plano Municipal de Saúde na elaboração da programação das ações de atenção básica e de vigilância à saúde. Conhecimentos, informações e instrumentos utilizados pelas coordenações de atenção básica e de VS na elaboração da programação de suas ações.	caracterização da apropriação e do uso do Plano Municipal como eixo orientador da programação das ações, tendo como base a prática de gestão participativa no processo de construção do PMS. Procedimentos institucionalizados ou não para a elaboração de propostas de ação cotejadas com a análise da situação, fundamentadas em análises de coerência, suficiência e viabilidade das proposições. Incorpora nesse desenho, momentos formais de acompanhamento e avaliação das propostas para sua revisão sistemática. Cálculo estratégico sistemático, sem mecanismos formais de institucionalização, baseado em elementos teóricos, metodológicos e ideológicos.	O PMS é utilizado como elemento norteador das práticas de planejamento pelas coordenações estudadas? O PMS restringe a liberdade criativa das coordenações para implementação de novas ações? Existem instrumentos próprios de planejamentos? são utilizados? Há momentos formalizados e periódicos nas coordenações para elaboração de instrumentos de planejamento? Há momentos formalizados e periódicos para o acompanhamento e avaliação das ações planejadas? Há orientações metodológicas para a realização desses momentos? Quais são os conhecimentos que informam essas práticas de planejamento? Há produção de saber prático nesses momentos? Que informações auxiliam as coordenações na prática de programação?	Entrevistas e análise documental.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS.

1. COORDENADORES (ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA DA SAÚDE)

1. Descreva um dia típico de seu trabalho: principais atividades. Como as desenvolve? Que informações utiliza para realizar seu trabalho? Como organiza seu trabalho? Que informações utiliza para organizar seu trabalho? Com quem conversa/interage para realizar seu trabalho? Destaque facilidades e dificuldades para realizar seu trabalho.

2. Você desenvolve atividades de planejamento? Quais? Como as desenvolve? Que informações utiliza para desenvolver atividades de planejamento? Existem instrumentos próprios de planejamentos? São utilizados? Esses instrumentos têm alguma relação com o PMS 2006-2009? Qual? Há momentos formalizados e periódicos nas coordenações para a elaboração de instrumentos de planejamento? Há momentos formalizados e periódicos para o acompanhamento e avaliação das ações planejadas? Há orientações metodológicas para a realização desses momentos? Como você definiria a cooperação, a cooptação e o conflito nas relações entre profissionais em momentos de planejamento? Como você caracterizaria essas relações em sua coordenação?

3. Sua coordenação participou do processo de elaboração do PMS 2006-2009? Como aconteceu? Considerou a existência ou a possibilidade de obter os recursos técnicos-organizativos, políticos e econômicos na elaboração das propostas de sua coordenação no Plano?

4. Sua coordenação utiliza o PMS 2006-2009 para o desenvolvimento de suas atividades? De que forma?

5. O PMS restringe a liberdade criativa das coordenações para implementação de novas ações?

2. SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Na sua opinião qual a importância da programação para gestão municipal? Há participação de outros setores do governo municipal? Quais e como acontece?
2. Qual sua opinião sobre o PMS como instrumento de planejamento para a gestão municipal?
3. Como você vê as práticas de planejamento realizadas pelas coordenações atenção básica e vigilância da saúde?
4. Na sua opinião como as coordenações de atenção básica e vigilância da saúde operacionalizam o PMS 2006-2009?
5. Nessas atividades quais as principais facilidades e dificuldades?

APÊNDICE C - RELAÇÃO DOS ENTREVISTADOS.

1. Representante do Secretário Municipal de Saúde.
2. Coordenação da Atenção Básica.
3. Coordenação da Vigilância da Saúde.
4. Gerência da Vigilância Epidemiológica
5. Supervisora das Equipes de Saúde da Família.

ANEXOS

ANEXO A - PLANILHA OPERATIVA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - VIGILÂNCIA DA SAÚDE.

DIRETRIZ MACRO	OBJETIVO	ESTRATÉGIAS	AÇÕES	SETOR RESPONSÁVEL
SUSTENTABILIDADE E QUALIFICAÇÃO	1. Implementar e atualizar o PCCS	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Reconstruir e Ativar o PCCS existente na PMVC 	Secretaria de ADM e SMS
	2. Contribuir para o controle da Hipertensão Arterial e Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar capacitações para profissionais de saúde da rede de atenção quanto a educação nutricional para hipertensos e diabéticos 	Vig. Nutricional e Rede de Atenção
		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM, gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> Contratar profissionais (nutricionistas) para atendimento individual aos pacientes hipertensos e diabéticos 	CAF/SMS
		<ul style="list-style-type: none"> Educação em saúde para o usuário serviço/unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover palestras nas Unidades de Saúde para os hipertensos e familiares relacionados a alimentação 	Vig. Nutricional/ Atenção Básica/ Unidades de Saúde/ CEMAE
	3. Reduzir o coeficiente de Mortalidade Infantil	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> Criar Comitê de Mortalidade Infantil 	Vigilância Epidemiológica Atenção Básica

			<ul style="list-style-type: none"> Implementar as ações de investigação de óbitos infantis pelas UBS 	VE Atenção Básica
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniões de retroalimentação das informações para profissionais da UBS 	VE
			<ul style="list-style-type: none"> Incentivar as equipes de saúde a acompanharem mensalmente o n.º de < ano com vacina em dia 	Coord. Imunização Coord. Atenção Básica
		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM , gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> Promover reuniões periódicas com as UBS para avaliação dos dados de M I pactuados. 	VE Coord. da Atenção Básica CPD
			<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar relatórios referente as informações de Mortalidade Infantil para UBS. 	VE CPD
			<ul style="list-style-type: none"> Utilizar sistematicamente os relatórios do SIM/SIAB na avaliação das ações 	VE/CMI UBS CPD
			<ul style="list-style-type: none"> Adquirir insumos para os membros do CMI para realização de investigação 	SMS CAF CMI

			<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar relatórios referentes as informações dos óbitos < de 1 ano, para a AB 	VE CPD/ AB
			<ul style="list-style-type: none"> Implantar serviço de análise de Dados 	SMS CPD
		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniões mensais com todos os setores para monitoramento e avaliação das ações 	SMS
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniões semestrais com estabelecimentos que emitem DO's (HOSPITAIS, IML, UBS) 	VE e CMI
			<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer as ações de imunização através de reuniões com a Secretaria de Educação e Desenvolvimento Social 	Vigilância / Atenção Básica
		<ul style="list-style-type: none"> Educação em saúde para o usuário serviço/unidade 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar educação em saúde no momento da investigação epidemiológica 	CMI

	4 - Reduzir a desnutrição Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar capacitações para os profissionais da rede básica quanto a avaliação e educação nutricional. 	Vigilância Epidemiológica Atenção Básica
			<ul style="list-style-type: none"> Capacitar os profissionais de saúde quando a aplicação de vitamina A nos grupos: <ol style="list-style-type: none"> crianças de 6 a 11 meses crianças de 12 a 59 meses puérperas no pós parto imediato 	Vigilância Epidemiológica Rede Atenção
		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM , gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliação da Vig. Nutricional através da contratação de nutricionistas e técnicos em informática 	SMS/CAF
			<ul style="list-style-type: none"> Alimentar o SISVAN e avaliar os dados mensalmente 	VE / Vigilância Nutricional

		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a participação no Comitê do Bolsa Família/Desenvolvimento Social 	VE / Vigilância Nutricional
			<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar crianças/gestantes de risco nutricional para cadastro na Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS) 	UBS / SDS
		<ul style="list-style-type: none"> Educação em saúde para o usuário serviço/unidade 	<ul style="list-style-type: none"> Promover palestras, grupos para os responsáveis pela criança e gestantes relacionado a alimentação e nutrição 	Vigilância Epidemiológica Atenção Básica e Unidades de Saúde
	5. Reduzir a taxa de Mortalidade Materna	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar capacitações dos profissionais da Atenção Básica na investigação dos óbitos de MIF e na promoção de educação em saúde 	Vigilância Epidemiológica Comitê de Estudo da Mortalidade Materna (CEMM)
			<ul style="list-style-type: none"> Sensibilização dos profissionais médicos dos hospitais maternidades quanto ao óbito materno 	Vigilância Epidemiológica Comitê de Estudo da Mortalidade Materna
			<ul style="list-style-type: none"> Capacitação dos profissionais médicos quanto ao preenchimento das DO's 	Vigilância Epidemiológica CPD

			<ul style="list-style-type: none"> Realizar seminário para retroalimentação das informações para profissionais da AB e hospitais, identificando as UBS que se destacaram apresentando relato de experiências. 	Vigilância Epidemiológica Comitê de Estudo de Mortalidade Materna CPD
		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM, gestão de RH). 	<ul style="list-style-type: none"> Promover reuniões periódicas com as UBS para avaliação dos dados de MM pactuados e planejamento das ações. 	VE / CEMM Coordenação da Atenção Básica CPD
			<ul style="list-style-type: none"> Utilizar sistematicamente os relatórios do SIM/SIAB/ na avaliação da cobertura das informações encaminhando para as UBS 	CEMM UBS CPD
		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniões mensais com todos os setores para monitoramento e avaliação das ações 	SMS
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniões semestrais com estabelecimentos que emitem DO's (hospitais, IML e UBS) 	VE e CEMM

		<ul style="list-style-type: none"> Educação em saúde para o usuário serviço/unidade 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar educação em saúde no momento da investigação epidemiológica 	CEMM
6. Reduzir o percentual de óbitos por causas mal definidas	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar capacitações dos profissionais médicos quanto ao preenchimento e avaliação das causas básicas do óbito 	Vigilância Epidemiológica CPD	
	<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM, gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar avaliação sistemática dos óbitos por causas mal definidas e encaminhar para as UBS para investigação das causas 	VE	
	<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Reunir com os representantes de classe e de instituições para discussão da importância do preenchimento das DO's 	VE CPD	
7 – Realizar o controle das doenças Imunopreveníveis	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar capacitações/atualizações para os profissionais das unidades envolvidas em Imunização 	Coord. de Imunização Atenção Básica	
		<ul style="list-style-type: none"> Realizar Capacitações em serviço sobre imunização 	Enfermeiros das Unidades	

		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar reuniões com Coordenação de Atenção Básica avaliando os serviços, indicadores e metas a alcançar 	Coordenação: Imunizações/ Atenção Básica
		<ul style="list-style-type: none"> • Educação em saúde para o usuário serviço/unidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar oficinas com a comunidade abordando a importância da imunização na prevenção das doenças 	Unidades de Saúde
	8. Implantar a Vigilância e Controle de Zoonoses	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar um grupo de agentes do Centro de endemias quanto a vigilância dos casos de Leishmaniose Visceral (LV) 	Vigilância Epidemiológica Centro de Endemias
			<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar as ESF quanto a busca ativa e acompanhamento dos casos de LV e LT 	Vigilância Epidemiológica Centro de Endemias
			<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os médicos (PSF) para diagnóstico precoce e tratamento dos casos de antropozoonoses 	Vigilância Epidemiológica Centro de Endemias
		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM, gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação de um médico veterinário para compor a equipe de VE para desenvolver as ações de zoonoses 	SMS/ CAF

			<ul style="list-style-type: none"> • Implantação do Centro de Zoonose 	SMS/ CAF
			<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de material didático sobre as zoonoses 	SMS Setor de Compras Almoxarifado
			<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o exame de Reação de Montenegro para os pacientes do município 	LAB VE
			<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer condições para acompanhamento dos pacientes em tratamento, evitando o abandono e as complicações da LV 	VE Atenção Básica
		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar reuniões periódicas com os profissionais dos hospitais quanto a importância da notificação dos casos de LV e LT 	VE
			<ul style="list-style-type: none"> • Realizar reuniões com Atenção Básica para retroalimentação das ações do Centro de Zoonose 	VE

		<ul style="list-style-type: none"> Educação em saúde para o usuário serviço/unidade 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar atividade educativa visando participação ativa da comunidade para que busque o atendimento precoce. 	VE Centro de Endemias e Zoonoses
			<ul style="list-style-type: none"> Participação em feiras de saúde 	VE Centro de Endemias e Zoonoses
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar atividades com os ACS quanto ao controle da LV e LT 	VE Centro de Endemias
	9 - Reduzir a incidência de enteroparasitoses e a prevalência de esquistossomose	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar capacitação das ESF para vigilância e controle das enteroparasitoses em todas as áreas 	VE Atenção Básica
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar sensibilização com os ACS para identificação das áreas de risco de esquistossomose 	VE Atenção Básica
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar seminário de avaliação do Plano de enteroparasitoses / esquistossomose e programação das ações 	VE Centro de Endemias

		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM, gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir o fornecimento de medicação e coletores para realização dos exames 	SMS/ CAF Assistência Farmacêutica
			<ul style="list-style-type: none"> Garantir a aquisição de material didático 	SMS/CAF Setor de compras Almoxarifado
			<ul style="list-style-type: none"> Garantir os métodos de diagnósticos das enteroparasitoses e esquistossomose 	SMS Laboratório Municipal
			<ul style="list-style-type: none"> Avaliar trimestralmente as ações de controle das enteroparasitoses e esquistossomose 	VE Atenção Básica
		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniões para avaliação do plano de enteroparasitose juntamente com as ESF 	Vigilância Atenção Básica ESF
		<ul style="list-style-type: none"> Educação em saúde para o usuário serviço/unidade 	<ul style="list-style-type: none"> Participação em feiras de saúde para divulgar as informações e ações realizadas sobre as enteroparasitoses e esquistossomose 	VE Centro de Endemias
	10 - Reduzir a incidência das Hepatites Virais	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitação para profissionais (médicos, enfermeiros, odontólogos, tec. de enfermagem, ACS), para notificação, investigação e diagnóstico 	Vig. Epidemiológica Atenção Básica

		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM, gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Realizar reuniões de retroalimentação dos casos notificados para as UBS 2. Garantir o atendimento e acompanhamento dos pacientes de Hepatite B pelo ambulatório de Hepatites Virais no DST/AIDS 	Vig. Epidemiológica
				VE Ambulatório de Hepatites Virais
		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com equipe técnica do ambulatório de Hepatites Virais para encaminhamento dos pacientes e avaliação dos dados 	VE Equipe do ambulatório de Hepatites Virais
		<ul style="list-style-type: none"> Educação em saúde para o usuário serviço/unidade 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar palestras com professores do ensino fundamental sobre a importância das Hepatites Virais 	Vig. Epidemiológica
11 – Melhorar as notificações de Dengue nas Unidades Básicas	<ul style="list-style-type: none"> Controle, avaliação, regulação 	<ul style="list-style-type: none"> Regularizar o fluxo de acompanhamento do paciente para coleta de sorologia de dengue no laboratório Central 	Centro de Endemias/ Laboratório Central	

		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo de gerenciamento (SIS, ADM e Gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o fornecimento de impressos (notificação / investigação) 	Centro de Endemias
			<ul style="list-style-type: none"> • Garantir aquisição de material didático 	SMS
			<ul style="list-style-type: none"> • Implementar as notificações e investigações de dengue nas UBS 	Atenção Básica Centro de Endemias
		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento no mecanismo de integração da rede SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover reuniões de integração e retro alimentação com a Vigilância à Saúde e Atenção Básica 	Centro de Endemias/Atenção Básica
			<ul style="list-style-type: none"> • Realizar dois encontros para avaliação dos dados 	Atenção Básica e Centro de Endemias
		<ul style="list-style-type: none"> • Educação em Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Programar Mobilização para o Dia “D” de Combate à Dengue 	Centro de Endemias/ Sec de Educação/SMS/Recicla Conquista/Sec.Serviços Públicos
			<ul style="list-style-type: none"> • Participar das Feiras de Saúde 	Centro de Endemias
			<ul style="list-style-type: none"> • Ações integradas com a educação Secretaria de Educação 	Centro de Endemias Secretaria de Educação

			<ul style="list-style-type: none"> • Palestras em Instituições e Empresas 	Centro de Endemias
12 - Eliminar a Hanseníase como problema de Saúde Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar os profissionais das ESF para descentralização do tratamento de Hanseníase 	Centro de Referência em Dermatologia Sanitária	
	<ul style="list-style-type: none"> • Controle, avaliação, regulação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regular a oferta de baciloscopia de linfa através de requisição 	Centro de Referência em Dermatologia Sanitária	
	<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo de gerenciamento (SIS, ADM e Gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o fornecimento dos curativos especiais para mal perfurante 	SMS/CAF	
		<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o fornecimento da medicação complementar 	SMS/CAF	
		<ul style="list-style-type: none"> • Garantir aquisição de material didático 	SMS/CAF	
		<ul style="list-style-type: none"> • Efetivar a descentralização para a rede básica 	Atenção Básica e Centro de Referência em Dermatologia Sanitária	
	<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento no mecanismo de integração da rede SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover reuniões de integração e retroalimentação com a Vigilância à Saúde e Atenção Básica 	Centro de Referência em Dermatologia Sanitária	
		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar dois encontros para avaliação dos dados 	Atenção Básica e Centro de Referência em Dermatologia Sanitária	

		• Educação em Saúde	• Promover mobilização para o Dia Nacional de Combate à Hanseníase	Centro de Referência em Dermatologia Sanitária
			• Participação em Feiras de Saúde	Centro de Referência em Dermatologia Sanitária
			• Ações integradas com a educação	Centro de Referência em Dermatologia Sanitária
			• Palestras em Instituições e Empresas	Centro de Referência em Dermatologia Sanitária
	13. Reduzir o coeficiente anual de incidência de Tuberculose Pulmonar positiva	• Motivação e qualificação dos profissionais	• Qualificar as equipes da Atenção Básica para efetivação da descentralização da Tuberculose	Atenção Básica e Centro de Referência de Tisiologia
			• Realizar encontros semestrais para avaliação da descentralização	Centro de Referência em Tisiologia
		• Controle, avaliação, regulação	• Regular a oferta de baciloscopia e cultura para BK através da requisição	Centro de Referência em Tisiologia
		• Aperfeiçoamento do processo de gerenciamento (SIS, ADM e Gestão de RH)	• Garantir o fornecimento de medicação complementar e de coletores para realização de exames	SMS Setor de Compras e Almojarifado

			<ul style="list-style-type: none"> Garantir a aquisição do material didático 	SMS
			<ul style="list-style-type: none"> Criar um código específico para Atenção Básica como registro das atividades relacionadas à Tuberculose 	SMS (CPD) Atenção Básica e Centro de Referência em Tisiologia
		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento no mecanismo de integração da rede SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir maior integração com a coordenação da Atenção Básica através de encontros semestrais 	Coord. Atenção Básica e Técnicos do Centro de Referência em Tisiologia
			<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a parceria com o Centro de Referência em DST/AIDS 	Centro de Referência em DST/AIDS
			<ul style="list-style-type: none"> Disponibilizar coletores para os ACS para ampliação da identificação dos sintomáticos respiratórios 	SMS Atenção Básica
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar inquérito de Tuberculose multidroga resistente preconizado pelo MS 	SMS Centro de Referência em Tisiologia, Centro de Referência DST/AIDS, LACEN.
			<ul style="list-style-type: none"> Educação em Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Participar de Feiras de Saúde, ações integradas com a educação
	14 - Sistematizar a análise de informação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar os profissionais envolvidos na análise de informação 	Vigilância Epidemiológica CPD

		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM, gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação de 02 profissionais com experiência em saúde coletiva 	SMS e CAF
15 – Ampliação das ações de Vigilância Sanitária		<ul style="list-style-type: none"> • Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação dos profissionais em Legislação Sanitária, Legisl. do SUS e Epidemiologia 	P.E VISA DIVISA
		<ul style="list-style-type: none"> • Controle Regulação e Avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação do sistema de informação para avaliação e regulação dos dados da VISA 	CPD VISA
		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM, gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação dos planos de cargos e salários no setor 	CAF
			<ul style="list-style-type: none"> • Contratação de profissionais da área jurídica para acompanhamento de processos e de técnicos e ações no Fórum. 	Sec. Adm. Poder Público VISA – CAF
			<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria das condições de trabalho através da aquisição de veículos utilitários e insumos no setor 	Adm. da SMS

		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da Rede 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificar ações e planejamento com outros órgãos e setores 	VISA
		<ul style="list-style-type: none"> • Educação e Saúde para o usuário 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de capacitações para equipes do PSF 	VISA Atenção Básica
			<ul style="list-style-type: none"> • Realizar capacitação sobre ações da VISA para outros setores 	VISA
			<ul style="list-style-type: none"> • Educação em saúde sobre as ações da VISA para a comunidade em geral 	VISA Secretaria de educação ASCOM SMS
	16 – Implantar serviços especializados no Laboratório Central	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os profissionais do laboratório em exames de Bromatologia, Microbiologia, Banco de Sangue e Anatomopatologia 	Laboratório
		<ul style="list-style-type: none"> • Controle Regulação e Avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a marcação de exames pelas UBS 	Laboratório UBS
		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM , gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação de médicos, bioquímicos e técnicos de nível médio 	SMS / CAF LAB

	17 – Ampliar os pontos de coletas para as UBS da sede e zona Rural	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitação para os técnicos do Laboratório na descentralização dos postos e recebimento de material 	LAB
		<ul style="list-style-type: none"> Controle Regulação e Avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos dados pelo Laboratório dos postos ampliados 	LAB CPD
		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM, gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> Contratação dos técnicos de laboratório para os postos de coleta 	SMS CAF
			<ul style="list-style-type: none"> Contratação de veículos para transporte 	SMS CAF
			<ul style="list-style-type: none"> Garantir o fornecimento de material necessário para a manutenção dos postos de coleta 	SMS CAF
		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da Rede 	<ul style="list-style-type: none"> Divulgar pelas ESF a implantação dos postos de coleta 	LAB UBS
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniões para avaliação da implantação dos postos de coleta 	Laboratório UBS

18 – Implantar o serviço de urgência no Laboratório Central para referência em Oncologia, DST/AIDS, Esaú Matos, Tuberculose, Vigilância Epidemiológica.	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação de técnicos para realização de exames de urgência 	LAB Empresas
	<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM , gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar os turnos de trabalho com a carga horária dos profissionais priorizando as necessidades 	Gerência do LAB
	<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da Rede 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com representantes dos setores para reformulação da ampliação do acesso e implantação de protocolos 	Coord. LAB Coord. do DST/AIDS, SU. Oncologia, Tisiologia, Esaú Matos e VE
		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar reuniões com os profissionais de saúde para programação da carga horária 	Gerência do LAB

	19 – Implantar uma equipe de manutenção para o Laboratório Central	<ul style="list-style-type: none"> • Controle Regulação e Avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> • Controle, avaliação do serviço de manutenção prestado. 	LAB CAF
		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo de gerenciamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação do serviço de manutenção predial e de equipamentos 	SMS CAF
	20 – Melhorar o sistema de informação do Laboratório Central	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os digitadores quanto ao sistema de informação utilizado 	LAB CPD
		<ul style="list-style-type: none"> • Controle Regulação e Avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar a emissão de resultados de exames de urgência via internet 	LAB CPD
		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo de gerenciamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação de técnicos especializados em programação e gerenciamento de software 	CAF SMS
			<ul style="list-style-type: none"> • Implantar o sistema de Senha para atendimento da comunidade 	LAB / CPD
			<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de equipamentos de informática 	CAF
	21 – Implantar o ISO 9002 para o Laboratório Central	<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo de gerenciamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a confiabilidade das amostras realizadas no Laboratório 	LAB
			<ul style="list-style-type: none"> • Visão geral do fluxo das amostras, bem como a rastreabilidade 	LAB Empresa contratada

			<ul style="list-style-type: none"> • Contratação da empresa para implantação da qualidade e confiabilidade das amostras 	SMS
22 – Implantar o gerenciamento de resíduos	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação e qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação dos profissionais que farão a coleta seletiva 	LAB VISA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Controle Regulação e Avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> • Controle dos resíduos através da avaliação dos profissionais 	LAB VISA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo de gerenciamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Terceirização para acondicionamento e descontaminação dos resíduos 	CAF SMS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da Rede 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação do sistema de gerenciamento dos resíduos em toda a rede 	SMS	
	23 - Desenvolver ações de promoção à saúde do trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM, gestão de RH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de campanhas de prevenção de agravos 	CEREST Pólo de Educação Permanente
	<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da Rede 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver campanhas intersetoriais 	CEREST Pólo de Educação Permanente	

		<ul style="list-style-type: none"> Educação e Saúde para o usuário, serviço/unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Educação em saúde nas empresas com base no estudo de demanda ambulatorial e sistema de informação. 	CEREST Pólo de Educação Permanente
			<ul style="list-style-type: none"> Promover palestras e seminários priorizando os ramos de atividade que mais adoecem e acidentam os trabalhadores 	CEREST Pólo de Educação Permanente
	24 - Garantir a Investigação de acidentes de trabalho com óbito no município e macro-região sudoeste.	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitação dos profissionais de vigilância e atenção básica dos municípios em saúde do Trabalhador. 	CEREST Vigilância Sanitária e Epidemiológica
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar treinamento em saúde do trabalhador com ênfase na investigação de Acidentes de Trabalho 	CEREST Vigilância Sanitária e Epidemiológica
	25 - Implementar as ações de assistência, controle e prevenção de agravos a saúde do trabalhador.	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a atenção básica, hospitais, serviços de urgência e emergência (SAMU 192) para o fortalecimento da referência e contra-referência em saúde do Trabalhador. 	CEREST

		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM, gestão de RH). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação das ações de vigilância nos ambientes de trabalho 	Coordenação da Atenção Básica e do Serviço Médico de Urgência. CEREST
			<ul style="list-style-type: none"> • Realizar inspeções com elaboração de recomendações técnicas para empresas cujo processo de trabalho apresente riscos a saúde do trabalhador 	CEREST
			<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir quites específicos para os exames para análise toxicológica 	CEREST CAF
			<ul style="list-style-type: none"> • Realização de exames laboratoriais (acetilcolinesterases plasmática e eritrocitária) 	CEREST CAF
			<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o número mínimo de médicos do trabalho na equipe. 	CAF SMS

		<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver ações de vigilância articuladas com a Delegacia Regional do Trabalho, Ministério Público do Trabalho e órgãos afins. 	CEREST CAF
			<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação de consultas paranexo-causal 	CEREST CAF
			<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS, ampliando a demanda referenciada em saúde do trabalhador 	CEREST Coordenação da Atenção Básica e do Serviço Médico de Urgência
	26 - Implementar as ações de descentralização da saúde do trabalhador para a macro-região sudoeste	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação e qualificação dos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação e capacitação das equipes de vigilância dos municípios 	CEREST Polo de Educação Permanente CESAT
			<ul style="list-style-type: none"> • Promover capacitação em saúde do trabalhador para as equipes municipais 	CEREST Polo de Educação Permanente CESAT

	27 - Fortalecer o controle social em saúde do trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> Motivação e qualificação dos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitação dos membros do comitê para exercício do controle social 	CEREST Conselho Municipal de Saúde
		<ul style="list-style-type: none"> Aperfeiçoamento do processo gerencial (Sit. Informação, ADM, gestão de RH). 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliação da participação dos membros do Comitê para o exercício do controle social 	CEREST Conselho Municipal de Saúde

ANEXO B - PLANILHA OPERATIVA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA.

PROBLEMA PRIORITÁRIO:

MACRODIRETRIZ: QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA

METAS: Gravidez na adolescência

Estratégias	Ações/Atividade	Setor Responsável	Recursos Necessários	Prazo	Indicador
Motivação e qualificação dos Profissionais	- Realizar educação permanente dos profissionais de saúde em PF, PN e saúde reprodutiva - criar motivação (prêmios) - subsidiar as equipes na formação dos grupos educativos - Acompanhamento psicológico para os profissionais	SMS CAB Pólo de Educação	Recursos Humanos Material Educativo	4 anos 2006-2009	% de profissionais capacitados
Controle e avaliação (SIS)	- Sistematizar a avaliação do SISPN - Estabelecer metas para as equipes de saúde baseado na PPI - realizar reuniões trimestrais com as equipes para o controle e avaliação das metas da PPI	SMS Pólo de Educação CPD	Recursos Humanos Materiais e equipamentos	4 anos 2006-2009	% de reuniões realizadas com as equipes
Aperfeiçoamento dos processos gerenciais (SIS, ADM)	- Informatização das Unidades - educação permanente dos funcionários que estão na gestão	SMS Pólo de educação CPD	Equipamentos Recursos Humanos Material didático	4 anos 2006-2009	% de equipes informatizadas % de profissionais capacitados
Aperfeiçoar mecanismos de integração da rede	- Criar núcleos intersetoriais com os serviços de saúde - realizar reuniões mensais com os demais setores para monitoramento e avaliação dos dados	SMS Vigilância à Saúde Atenção especializada CAB	Recursos Humanos Espaço Físico	4 anos 2006-2009	- Criar o (s) núcleos (s) intersetorial (is) - N.º de reuniões realizadas - % de grupos educativos implantados - % de metas alcançadas pelas equipes

PROBLEMA PRIORITÁRIO:
MACRODIRETRIZ: QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA
METAS: Neoplasia (Mama, Colo do Útero e Boca)

Metas	Estratégias	Ações/Atividade	Setor Responsável	Recursos Necessários	Prazo	Indicador
<ul style="list-style-type: none"> - Um relatório de pesquisa produzido - 100% dos profissionais capacitados - Três grupos de apoio a usuários formados - Uma equipe matricial - Um encontro por semestre - Encaminhar documentos de três em três meses para Unidades de Saúde 	<p>Motivação e qualificação dos Profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de pesquisa de opinião para avaliação, planejamento e consolidação das ações implantadas com profissionais das Unidades - Realização de educação permanente por neoplasia para profissionais de saúde - Formação de grupos de apoio de referência para usuários - Formação de equipe matricial para promoção de apoio psicológico para os profissionais (projeto “cuidando do cuidador”) - Promoção de encontros periódicos para levantamento de problemas, discussão de soluções, planejamento e avaliação do processo com profissionais das Unidades de saúde - Promoção de encaminhamento periódico (feedback) da avaliação das ações para os profissionais das Unidades de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação da Atenção Básica - Pólo de capacitação - Atenção especializada - CAF 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos Materiais e didáticos - Recursos Humanos 	<p>4 anos 2006-2009</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N.º de relatórios da pesquisa produzidos - % de profissionais capacitados - n.º de grupos de apoio para usuários implantados - n.º de equipes matriciais formadas - n.º de encontros realizados para discussão com profissionais das Unidades - n.º de documentos (informações) encaminhadas para as Unidades de Saúde

<ul style="list-style-type: none"> - Uma planilha com indicadores construída por neoplasia - Utilização de 100% dos relatórios disponíveis no Sisco - Uma reunião por ano para estabelecer metas 	<p>Controle e avaliação (SIS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração e implantação de planilha de avaliação de indicadores para CA Bucal e de mama - Implementação da utilização dos relatórios do sisco - Realização de reuniões com as equipes de saúde para estabelecer metas a partir da PPI 	<ul style="list-style-type: none"> - CPD - Coordenação da Atenção Básica - Atenção especializada 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos Humanos - Recursos Materiais e equipamentos 	<p>4 anos 2006-2009</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n.º de planilhas de indicadores para avaliação de CA de Mama e Bucal implantadas - % de relatórios do sisco utilizados - n.º de reuniões realizadas com as equipes para estabelecer metas
<ul style="list-style-type: none"> - 100% das Unidades informatizadas - Contratação de dois psicólogos - 100% dos profissionais da gestão capacitados - 01 protocolo/fluxograma implantado por neoplasia 	<p>Aperfeiçoamento dos processos gerenciais (SIS, ADM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informatização das Unidades de saúde - Contratação de psicólogo - Educação permanente para os profissionais que trabalham na gestão - Implantação de protocolos e fluxogramas para realização de ações 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância à saúde - Pólo de educação Permanente - Central de Marcação de Consultas - Atenção Especializada - CAF - Coordenação da Atenção Básica 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos Humanos - Recursos Materiais e equipamentos 	<p>4 anos 2006-2009</p>	<ul style="list-style-type: none"> - % de Unidades informatizadas - n.º de psicólogos contratados - % de profissionais da gestão capacitados - N.º de protocolos/fluxogramas implantados
<ul style="list-style-type: none"> - 12 reuniões por ano 	<p>Aperfeiçoar mecanismos de integração da rede</p>	<ul style="list-style-type: none"> - reuniões intersetoriais mensais para monitoramento e avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> - Secretaria de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos Humanos 	<p>4 anos 2006-2009</p>	<ul style="list-style-type: none"> - % de reuniões realizadas

PROBLEMA PRIORITÁRIO:
MACRODIRETRIZ: QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA
METAS: Sistema de Informação

Metas	Estratégias	Ações/Atividade	Setor Responsável	Recursos Necessários	Prazo	Indicador
100% dos profissionais	Motivação e qualificação dos Profissionais	- Capacitação e Educação Permanente dos profissionais responsáveis pelo gerenciamento dos sistemas de informação e dos profissionais da rede - Material didático renovado	Atenção Básica, Atenção especial, Vigilância à Saúde, CPD, Cartão SUS, Pólo de educação, SMS	- Recursos Humanos - Equipe de Informática	4 anos 2006-2009	% de profissionais capacitados nos cursos
Serviço implantado em todas Coordenações	Controle e avaliação (SIS)	- Implementar e aperfeiçoar o serviço de análise de dados - Informatização das US	CPD, Vigilância à Saúde, Atenção Básica, atenção Especializada, Auditoria, Cartão SUS	- Equipe de informática - Sanitaristas - Auditores	4 anos 2006-2009	Serviço de análise de dados implantados nos diversos setores
50% das Unidades Básicas informatizadas	Aperfeiçoamento dos processos gerenciais (SIS, ADM)	Aperfeiçoar o centro de processamento de dados dos setores envolvidos (CPD/ Auditoria/ CMC/ US)	SMS	- Equipamentos de informática - Equipe de manutenção - Recursos Humanos (equipe de informática)	4 anos 2006-2009	- % US informatizadas - CPD dos setores envolvidos aperfeiçoados
100% das reuniões programadas	Aperfeiçoar mecanismos de integração da rede	Reuniões trimestrais com todos os setores responsáveis e envolvidos com o monitoramento e avaliação	SMS	Profissionais da rede	4 anos 2006-2009	% de reuniões programadas realizadas

PROBLEMA PRIORITÁRIO:
MACRODIRETRIZ: QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA
METAS: Abastecimento e Suprimento

Estratégias	Ações/Atividade	Setor Responsável	Recursos Necessários	Prazo	Indicador	Metas
Motivação e qualificação dos Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização dos profissionais sobre limitações do financiamento e otimização dos recursos - Sensibilização dos profissionais sobre os tramites dos processos de compra no S.P - sensibilizar os profissionais para seguirem as normas manuais das boas práticas (Assist. Farmacêutica) 	SMS CAF Almoxarifado Assistência farmacêutica	Recursos Humanos	4 anos	Consumo médio mensal das Unidades Básicas de Saúde	16 reuniões 4/ano
Controle e avaliação (SIS)	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de cotas de materiais de acordo com a produtividade do serviço - Utilização das planilhas de consumo diário, CMM e estoque - Realização de supervisão nas Unidades de Saúde pela Assistência Farmacêutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência Farmacêutica - Almoxarifado - Coordenação da Atenção Básica 	Recursos Humanos Planilhas	4 anos 2006-2009	N.º Planilhas criadas N.º Planilhas utilizadas	
Aperfeiçoamento dos processos gerenciais (SIS, ADM)	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento mensal das planilhas pelos supervisores e coordenadores Capacitação das gestantes e coordenadores Financiamento/ otimização/ recursos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência Farmacêutica - Almoxarifado - Coordenação da Atenção Básica 	Recursos Humanos	4 anos	N.º de Planilhas acompanhadas	
Aperfeiçoar mecanismos de integração da rede	Realizar reuniões entre as coordenações e as equipes	Assistência Farmacêutica	Recursos Humanos	4 anos	N.º de Planilhas realizadas	12 reuniões 3/ano

SAÚDE BUCAL

PROBLEMA PRIORITÁRIO:

MACRODIRETRIZ: QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA

METAS:

Estratégias	Ações/Atividade	Setor Responsável	Recursos Necessários	Prazo	Indicador
Motivação e qualificação dos Profissionais	Realizar Educação Permanente dos profissionais de saúde bucal (CD, ACD/ THD/ TPD)	Pólo de Educação Coord. Atenção Básica / Coord. CEO	Recursos Humanos Materiais didáticos	4 anos	% de profissionais capacitados
Controle e avaliação (SIS)	Implementar o serviço de análise de dados e auditoria em saúde bucal Implementação de indicadores de avaliação do serviço Realizar reuniões periódicas com os profissionais	CPD/ Auditoria CAB/ Coord. CEO/ U. S	Recursos Humanos Capacitador SIS	4 anos	N.º de Reuniões/ Serv. Impl. N.º de indicadores impl.
Aperfeiçoamento dos processos gerenciais (SIS, ADM)	Informatização das Unidades Educação Permanente para os profissionais que trabalham na gestão	SMS Pólo de educação	Equipamentos de informática Recursos humanos/ Mat. Didático	4 anos	% unidades informatizadas N.º de Coord. e gerentes capacitados
Aperfeiçoar mecanismos de integração da rede	Aperfeiçoar int. entre Atenção Básica/ CEO / CMC	CAB CCEO	Recursos humanos	4 anos	Implementação dos serviços no CEO Implementação dos fluxogramas e protocolos de funcionamento do serviço

Meta 1. 100% dos profissionais capacitados

Meta 2. 01 reunião/ ano

Implementação de 2 novos indicadores de avaliação

Meta 3. 50% das Unidades informatizadas

100% de coordenadores e gerentes capacitados

Meta 4. Serviço implementado

Fluxograma e Protocolo implementado

ANEXO C - PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - AÇÃO ESTRATÉGICA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Enfermeira

	Programação 2006	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
1. Crescimento e Desenvolvimento - Visita Domiciliar ao RN na 1ª semana - Consulta RN c/ peso > 2500g - Consulta crianças de 1 ano < 2 anos - Consulta crianças 2 anos < 1 ano													
2. Atividade Educativa direcionada às mães													
3. Realizar triagem neonatal na 1ª semana de vida													
4. Consulta aos adolescentes de 10 a 24 anos													
5. Atividade Educativa direcionada ao adolescente													
6. Consulta para as gestantes													
7. Consulta no puerpério													
8. Atividade Educativa para gestantes													
9. Realização de exames: - Teste de gravidez - ABO-RH - Urina - Glicemia - VDRL - Hemograma - Texoplasmose IGM - Hbs Ag - HIV - P. Fezes - Teste - USG Obstétrica													

- Teste de tolerância a glicose														
10. Encaminhar gestante de alto risco														
11. Consulta de enfermagem em ginecologia														
12. Coleta do papanicolau em mulheres de 25 a 29 anos, pela 1ª vez														
13. Coleta do papanicolau em mulheres de 25 a 29 anos														
14. Repetição do papanicolau em amostra insatisfatória														
15. Nova coleta para mulheres c/ resultado alterado para lesões precursoras e Ca do Colo de Útero														
16. Nova coleta para mulheres c/ resultado de atipias de significado indeterminado e lesão de baixo grau														
17. Encaminhar e garantir o atendimento para as mulheres c/ resultados de lesões de alto grau para Ca de Colo de Útero para as Unidades Secundárias e Terciárias														
18. Realizar o tratamento de cérvico – colpito														
19. Encaminhar e garantir mamografia para todas as mulheres de grupo de risco a partir dos 35 anos														
20. Encaminhar e garantir a mamografia para todas as mulheres entre 50 e 69 anos, com intervalo não superior a 2 anos.														
21. Encaminhar e garantir a realização de mamografia para as mulheres com exame clínico das mamas alterado														
22. Realizar atividade educativa para mulheres														
23. Consulta para Planejamento reprodutivo														
24. Atividade educativa para planejamento reprodutivo														
25. Atividade educativa para idosos														
26. Visita domiciliar ao idoso 60 anos ou mais														
27. Atividade educativa para hipertensos (15 pacientes no grupo)														
28. Atividade educativa para diabéticos (15 pacientes no grupo)														



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Médico

	Programação 2006	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
1. Crescimento e Desenvolvimento - Consulta RN c/ peso > 2500g - Consulta RN c/ peso < 2500g - Consulta crianças de 1 ano < 2 anos - Consulta crianças 2 anos < 10 anos													
2. Atividade Educativa direcionada às mães													
3. Consulta aos adolescentes de 10 a 24 anos													
4. Atividade educativa direcionada aos adolescentes													
5. Consulta para as gestantes													
6. Consulta ao puerpério													
7. Atividade educativa para as gestantes													
8. Realização de exames: - Teste de gravidez - ABO-RH - Urina - Glicemia - VDRL - Hemograma - Texplosmose IGM - Hbs Ag - HIV - P. Fezes - Teste - USG Obstétrica - Teste de tolerância a glicose													
9. Encaminhar gestante de alto risco													

10. Consulta médica clínica-ginecológica														
11. Coleta do papanicolau em mulheres de 25 a 29 anos, pela 1ª vez														
12. Coleta de papanicolau em mulheres de 25 a 29 anos														
13. Repetição do papnicolau em amostra insatisfatória														
14. Nova coleta para mulheres com resultado alterado para lesões precursoras e Ca de Colo de Útero														
15. Realizar o tratamento de cérvico – colpito														
16. Encaminhar e garantir mamografia para todas as mulheres de grupo de risco a partir dos 35 anos														
17. Encaminhar e garantir a mamografia para todas as mulheres entre 50 e 69 anos, com intervalo não superior a 2 anos.														
18. Encaminhar e garantir a realização de mamografia para as mulheres com exame clínico das mamas alterado														
19. Realizar atividade educativa para mulheres														
20. Consulta para Planejamento reprodutivo														
21. Atividade educativa para planejamento reprodutivo														
22. Consulta para planejamento reprodutivo														
23. Visita domiciliar ao idoso 60 anos ou mais														
24. Realizar consulta para população ≥ 60 anos														
25. Atividade educativa para idosos														
26. Consulta domiciliar para pop. 60 anos ou mais														
27. Consulta para hipertensos														
28. Realizar ECG para hipertensos														
29. Atividade educativa para hipertensos (15 pacientes por grupo)														
30. Consulta para diabéticos														
31. Realizar ECG para diabéticos														
32. Atividade educativa para diabéticos (15 pacientes por grupo)														



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Odontólogo

	Programação 2006	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
1. 1ª Consulta Odontológica													
2. Realizar procedimentos individuais básicos													
3. Escovação supervisionada													

Prontuário da Unidade ...

OBS: Preencher de lápis

SUMÁRIO

- 1- Caracterização da Unidade
- 2- Ficha de Identificação da Equipe
- 3- Cronograma de Supervisão
- 4- Planilha de Cursos
- 5- Cronograma de Atendimento
- 6- Controle de Folgas/Férias/Cursos
- 7- Atestados Médicos
- 8- Comunicação Interna
- 9- Denúncias (Ouvidoria)
- 10- Advertências
- 11- Intercorrências
- 12- Monitoramento e avaliação da Equipe (Indicadores, SIAB)

Caracterização da Unidade

- Unidade de Saúde: _____/CNES: _____
- Ano de implantação da Unidade: _____
- Localização: _____
- Número da área: _____
- Área de Abrangência: _____
- Telefone de contato: _____
- Número de famílias cadastradas pela equipe: _____
- Serviços oferecidos:

Serviços	Sim	Não
Acompanhamento à saúde do trabalhador		
Acompanhamento de hipertensão (médico)		
Acompanhamento de hipertensão (médico)		
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de < 2 anos (enfermeiro)		
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de < 2 anos (médico)		
Acompanhamento do diabetes (enfermagem)		
Acompanhamento do diabetes (médico)		
Acompanhamento em saúde mental		
Aferição de PA		
AIDS (acompanhamento clínico)		
AIDS (diagnóstico)		
Aplicação de Benzetacil		
Coleta de material para exames laboratoriais		
Consulta de puerpério (consulta enfermagem)		
Consulta de puerpério (consulta médica)		
Controle de DST (acompanhamento clínico)		
Controle de DST (diagnóstico)		
Controle de DST (dispensação de medicamentos)		
Controle de Hanseníase (acompanhamento clínico)		
Controle de Hanseníase (diagnóstico)		
Controle de Hanseníase (dispensação de medicamentos)		
Controle de Sífilis (acompanhamento clínico)		
Controle de Sífilis (diagnóstico)		
Controle de Sífilis (dispensação de medicamentos)		
Controle de Tuberculose (acompanhamento clínico)		
Controle de Tuberculose (diagnóstico)		
Controle de Tuberculose (dispensação de medicamentos)		
Controle de Tuberculose (Tratamento supervisionado)		
Controle do diabetes (glicemia capilar)		
Curativo		
Distribuição de medicamentos e aplicação de injeções		
Escovação Supervisionada (realizada pelo ACS)		
Escovação Supervisionada (realizada pelo Cirurgião-Dentista)		

Serviços	Sim	Não
Imunização		
Investigação das causas de internações hospitalares		
Investigação de óbito		
Nebulização		
Notificação de acidentes de trabalho		
Planejamento Familiar (ação educativa)		
Planejamento familiar (oferta de métodos)		
Pré-natal (consulta enfermagem)		
Pré-natal (consulta médica)		
Prevenção em Saúde Bucal (atividade educativa)		
Realização do exame citopatológico (enfermeiro)		
Realização do exame citopatológico (médico)		
Teste do Pezinho		
Tratamento dos problemas odontológicos (consulta e outros procedimentos)		
TRO		

• Estrutura Física da Unidade:

Dependência	Sim	Não	Quantidade
Sala de recepção ou espera			
Consultório Médico			
Consultório de Enfermagem			
Consultório Odontológico			
Consultório Ginecológico			
Consultório Pediátrico			
Sala da Gerência			
Sala de Imunização			
Farmácia			
Almoxarifado			
Sala de aferição de PA			
Sala de Curativo			
Sala de Triagem			
Expurgo			
Sala de esterilização			
Copa			
Sanitário de usuário (masculino)			
Sanitário de usuário (feminino)			
Sanitário de funcionário (masculino)			
Sanitário de funcionário (feminino)			
Sala de reunião			

- Materiais e Equipamentos:

Materiais e equipamentos	Sim	Não	Sim, mas sem condições de uso	Sim, mas é insuficiente
Amalgamador				
Armários				
Autoclave				
Balança de adulto				
Balança infantil				
Balança para os ACS				
Bancos (sala de espera)				
Cadeira Odontológica				
Cadeiras				
Compressor				
Computador				
Equipo Odontológico				
Espéculos ginecológicos				
Estetoscópio				
Estetoscópio de Pinard				
Estufa				
Foco				
Fotopolimerizador				
Geladeira exclusiva para vacina				
Geladeira na copa				
Glicosímetro				
Maca				
Material para pequena cirurgia				
Material para retirada de pontos				
Mesa ginecológica				
Mesas para consultórios				
Nebulizador				
Otoscópio				
Removedor de tártaro com jato de bicarbonato				
Rx odontológico				
Sonar				
Tensiômetro				
Termômetro				
TV				
Vídeo				

5. ACD:

Nome	Carga Horária	Vínculo

6. SAME:

Nome	Carga Horária	Vínculo

7.ACS:

Nome	Micro-Área	Vínculo

8. Serviços Gerais:

Nome	Carga Horária	Vínculo

9. Vigilante:

Nome	Carga Horária	Vínculo

ANEXO D – ROTEIRO DE MONITORAMENTO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE.

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

**ROTEIRO DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS**

SMS

2006



II – Monitoramento das ações de vigilância em saúde
O preenchimento do campo “comentários/justificativa” deverá ocorrer sempre que o alcançado for diferente do desejável.

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
1. NOTIFICAÇÃO			
1.1. Notificar casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) – Um caso para cada 100.000 habitantes menores de 15 anos (casos pactuados: 0).	0	0	#DIV/0!
Comentários/justificativa: O município não pactuou nenhum caso por está fora da população, mas pactuou a notificação de todos os casos ocorridos no município. Município faz busca ativa em hospitais para notificação de DNC semanalmente.			
População menor de 15 anos: 94.207 hab			
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007 Período: data inicial: 01 /01 / 2006 data final: 31 /12 /2006.			
1.2. Realizar notificação de sarampo – 80% das unidades notificantes realizando notificação negativa ou positiva, semanalmente.	2080	250	12,0%
Comentários/justificativa: A notificação negativa foi implantada a partir da semana 39 em todas as unidades notificadoras no ano de 2006, o que justifica o percentual de 12%.			
Unidades notificantes: 40 unidades notificantes			
Fonte: Instrumento de controle de recebimento de notificações semanais de Dex. Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007 Período: data inicial: 23/ 09 / 2006 data final: 29 /09 / 2006.			
2.INVESTIGAÇÃO			
2.1. Realizar investigação epidemiológica oportuna para exantemáticas –percentual pactuado (80%) dos casos com início da investigação até 48 horas após a notificação.	76	65	85,5%
Comentários/justificativa: Total de casos notificados = 76 80% pactuados = 60 casos			
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007 Período: data inicial: 01 / 01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
2.2. Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de PFA - 80% dos casos de PFA detectados, com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora.	0	0	#DIV/0!
Comentários/justificativa: Não foram notificados casos de PFA durante o ano de 2006			
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN			
Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007			
Período: data inicial: 01 / 01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			
2.3. Realizar investigação epidemiológica oportuna para raiva humana - 100% dos casos suspeitos com início da investigação até 24 horas após a notificação.	0	0	#DIV/0!
Comentários/justificativa: O município não teve notificação de casos suspeitos de raiva humana mantendo este quadro há mais de dez anos. Mas o atendimento Anti-rábico Humano é realizado em todas as UBS do município e com regime de plantão nos finais de semanas em uma UBS.			
2.4. Realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica de doenças de notificação compulsória (DNC) - percentual pactuado (50%) de casos notificados no período, com encerramento oportuno da investigação.	247	175	70,9%
Comentários/justificativa: Total de casos notificados = 247 e pactuado pelo estado é de 70% = 172 casos			
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN			
Data de obtenção do dado: 10 / 08 / 2007			
Período: data inicial: 01 /01 /2006 data final: 31 /01 /2007.			

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
3. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL			
3.1. Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) – percentual pactuado (80%) de casos investigados laboratorialmente.	76	66	86,8%
Comentários/justificativa: Percentual atingido pela pactuação que corresponde a 80% dos casos investigados laboratorialmente. Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Data de obtenção do dado: 10 /08 / 2007 Período: data inicial: 01 /01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			
3.2. Encerrar casos de meningite bacteriana por critério laboratorial – percentual pactuado (31,5%) de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex.	108	11	10,2%
Comentários/justificativa: O exame LCR é realizado somente no HGVC que é de referencia para + - 70 municípios e com gerência estadual. Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Data de obtenção do dado: 10 /08 / 2007 Período: data inicial: 01 /01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			
3.3. Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes – 100% das gestantes com partos normais (vaginais), cesáreos e curetagens pós-aborto atendidas na rede pública e conveniada com VDRL realizado.	5.468	4.125	75,4%
Comentários/justificativa: Número de exames realizados em gestantes no DST/AIDS = 4.125 Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007 Período: data inicial: 01 / 01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
4. VIGILÂNCIA AMBIENTAL			
4.1. Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIÁGUA em municípios com população igual ou acima de 100.000 habitantes - dois relatórios anuais elaborados (um por semestre) contendo informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA.	2	2	100,0%
Comentários/justificativa: Esta ação é de monitoramento e responsabilidade da VISA e é realizada anualmente pelo técnico do serviço.			
5. VIGILÂNCIA E CONTROLE DE VETORES			
5.1. Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> em imóveis, de acordo com as normas técnicas do PNCD – seis inspeções por ano - no mínimo 80%.	405.274	363.378	89,7%
Comentários/justificativa: O município tem dificuldade de atingir os 90% devido a quantidade insuficiente de Agentes para execução dos trabalhos, bem como, das licenças médicas e de maternidade durante todo o ano.			
Fonte: Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue - SISFAD Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007 Período: data inicial: 01 / 01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			
5.2. Realizar vigilância entomológica, de acordo com o preconizado no PNCD, nos municípios não infestados - 100% de armadilhas instaladas e inspecionadas semanalmente ou realização de três inspeções por ano, por imóvel, obedecendo a amostragem estabelecida pelo Manual de Normas Técnicas.	NSA	NSA	#VALOR!
Comentários/justificativa:			
Fonte:			
Data de obtenção do dado:			
Período: data inicial: ___ / ___ / ___ data final: ___ / ___ / ___.			

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
6. CONTROLE DE DOENÇAS			
6.1. Curar casos novos de tuberculose bacilíferos – percentual pactuado (85%) de casos novos bacilíferos curados dentre os casos novos bacilíferos diagnosticados na coorte de 2006 (de abril/2005 a março/2006) .	31	30	96,8%
<p>Comentários/justificativa: Coorte 2005 Casos novos bacilíferos diagnosticados= 41 Casos curados=37 Percentual de cura: 90,2% Coorte 2006 Casos novos bacilíferos diagnosticados=31 Casos curados=30 Percentual de cura: 96,8%</p> <p>Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN e Livro preto de atendimento dos pacientes matriculados no ano. Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007 Período: data inicial: 01 /04 /2005 data final: 31 /03 /2006.</p>			
6.2. Aumentar a taxa de cura de hanseníase – percentual pactuado (___%) de casos curados dentre os casos diagnosticados nos anos das coortes.	58	122	210,3%
<p>Comentários/justificativa: Casos Novos PB (01/01/2005 a 31/12/2005) = 29; Casos novos MB (01/01/2004 à 31/12/2004) = 29; Total de casos novos diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31 de dezembro de 2006 foram: Ano 2004 = 24 casos; Ano 2005 = 54 casos e Ano 2006 = 44 casos.</p> <p>Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN e Livro de acompanhamento dos pacientes matriculados no ano. Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007 Período: data inicial: 01 /04 /2005 data final: 31 /03 /2006.</p>			
6.3. Reduzir a Incidência Parasitária Anual por Malária (IPA) nos estados da Amazônia Legal - reduzir 15% em 2006 em relação a 2005.	NSA	NSA	#VALOR!
<p>Comentários/justificativa:</p> <p>Fonte:</p> <p>Data de obtenção do dado: ___ / ___ / ___</p> <p>Período: data inicial: ___ / ___ / ___ data final: ___ / ___ / ___.</p>			

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
7. IMUNIZAÇÕES			
7.1. Cobertura vacinal adequada para BCG-ID (<1ano) – mínimo 90%.	5.906	6.709	113,6%
Comentários/justificativa: Município é referência regional, inclusive atendendo municípios do norte de MG com equipe permanente de vacinadores nas seis maternidades do município. Fonte: Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações - SI-API Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007 Período: data inicial: 01 / 01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			
7.2. Cobertura vacinal adequada para Hepatite B (<1ano) - mínimo 95%.	5.906	5.184	87,8%
Comentários/justificativa: O não alcance da meta é justificado por problemas consideráveis de subregistro e falhas na interpretação dos aprazamentos, bem como, a grande quantidade de microáreas descobertas por ACS que são parceiros importantes no acompanhamento das coberturas vacinais. Fonte: Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações - SI-API Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007 Período: data inicial: 01 / 01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			
7.3. Cobertura vacinal adequada para Poliomielite (<1ano) - mínimo 95%.	5.906	5.475	92,7%
Comentários/justificativa: Fonte: Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações - SI-API Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007 Período: data inicial: 01 / 01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			
7.4. Cobertura vacinal adequada para Tetravalente (<1ano) - mínimo 95%.	5.906	5.465	92,5%
Comentários/justificativa: Fonte: Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações - SI-API Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007 Período: data inicial: 01 / 01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			
7.5. Cobertura vacinal adequada para Tríplice Viral (1 ano) – mínimo 95%.	5.498	5.977	108,7%
Comentários/justificativa: A avaliação foi feita com a população de 1 ano do IBGE que é igual a 5.498 Fonte: Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações - SI-API e Sistema de Informação do IBGE / DATASUS. Data de obtenção do dado: 30 /05 / 2007 Período: data inicial: 01 / 01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
8. MONITORIZAÇÃO DE AGRAVOS RELEVANTES			
8.1. Elaboração de plano de ação para implementação da vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis - DANT- Um plano de ação elaborado pela capital.	—	—	#VALOR!
Comentários/justificativa: O município implantou as ações de Vigilância das DANT'S neste ano de 2007 a partir da elaboração do Plano de Ação, após participação do técnico no evento de implantação das DANT'S na SESAB.			
8.2. Investigar óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes) – 70% dos óbitos de mulheres em idade fértil por residência investigados.	108	95	88,0%
Comentários/justificativa: O município tem o Comitê de Estudo da Mortalidade Materna que investiga todos os óbitos de MIF, implantado em 2001. No de óbitos de MIF = 108 e de óbitos maternos neste ano foi 02 óbitos			
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade - SIM e instrumentos do Comitê de Estudo da Mortalidade Materna. Data de obtenção do dado: 13 /09 / 2007 Período: data inicial: 01 / 01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			
8.3. Investigar óbitos maternos (municípios com 100.000 habitantes ou menos) – municípios com investigação de óbitos de mulheres em idade fértil implantada (investigação de, no mínimo, 20% dos óbitos de mulheres em idade fértil por residência notificados no SIM)	—	—	#VALOR!
Comentários/justificativa:			
Fonte:			
Data de obtenção do dado: ___ / ___ / ___ Período: data inicial: ___ / ___ / ___ data final: ___ / ___ / ___.			

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
9. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO			
9.1. Melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito – percentual pactuado (80%) de óbitos por causas definidas em relação ao total de óbitos notificados em 2005.	1.705	1.245	73,0%
Comentários/justificativa: Total de óbitos 2005 = 1516; Total de causas mal definidas = 443. Percentual pactuado foi de 80% de óbitos por causa definida e redução em 20% dos óbitos por causa mal definida. No município a maioria das causas mal definidas corresponde a óbitos que são registrados em cartório como sem assistência médica e uma menor parte vindo dos hospitais e SAMU com causas indeterminada ou descritos sinais e sintomas(Capitulo XIII da CID 10).			
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade - SIM Data de obtenção do dado: 19 / 09 /2007 Período: data inicial: 01 / 01 /2006 data final: 31 /12 /2006.			

III - Ações referentes à Vigilância Ambiental.

AÇÃO	Relatório elaborado	
	Sim	Não
1. Cadastrar áreas com populações expostas a solo contaminado por substâncias químicas – emitir um relatório anual com cadastramento de no mínimo uma área nos municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes.	X	
Comentários/justificativa: Realizado no ano de 2006 o cadastramento de 02 populações expostas a solo contaminado pelo técnico da Vigilância Ambiental.		

IV - Ações referentes à Vigilância Sanitária.

AÇÃO	Total	Executado
1. Ação educativa em Vigilância Sanitária - 30% das equipes de PSF/PACS desenvolvendo ações educativas em Vigilância Sanitária.	0	0
Comentários/justificativa:		
2. Inspeção Sanitária		
2.1. Serviços de alimentação – 20% do total de estabelecimentos cadastrados	1603	1670
Comentários/justificativa: Está incluída a inspeção das feiras livres que é realizado em todos os finais de semanas.		
2.2. Creches e estabelecimentos de educação infantil -100% do total de estabelecimentos cadastrados.	20	13
Comentários/justificativa:		
2.3 .Instituições de longa permanência para idosos - 100% do total de estabelecimentos cadastrados.	1	1
Comentários/justificativa:		

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

**ROTEIRO DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS**

SMS – Vitória da Conquista

2007



II – Monitoramento das ações de vigilância em saúde

O preenchimento do campo “comentários/justificativa” deverá ocorrer sempre que o alcançado for diferente do desejável.

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
1. NOTIFICAÇÃO			
1.1. Notificar casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA em menores de 15 anos – Um caso para cada 100.000 habitantes menores de 15 anos (casos pactuados: 100%).			NA
Comentários/justificativa: Apesar deste indicador não contemplar a população do município, a vigilância epidemiológica realiza semanalmente a busca ativa em hospitais dos casos não notificados. População menor de 15 anos: 78.696 (IBGE)			
2. INVESTIGAÇÃO			
2.1. Proporção de doenças exantemáticas investigadas adequadamente – Percentual pactuado (80 %) dos casos com início da investigação até 48 horas após a notificação.	121	110	90,9%
Comentários/justificativa:			
2.2. Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de PFA - 80% dos casos de PFA detectados, com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora.	1	1	100,0%
Comentários/justificativa: Feito coleta de um caso notificado			
2.3. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória - DNC - notificados, encerrados oportunamente após notificação - percentual pactuado (89%) de casos notificados no período, com encerramento oportuno da investigação.	1711	1648	96,3%
Comentários/justificativa: sem o PGM foi feito o encerramento manual com o relatório do SINAN.			
2.4. Realizar investigação epidemiológica oportuna para raiva humana - 100% dos casos suspeitos com início da investigação até 24 horas após a notificação.	0	0	0,0%
Comentários/justificativa: Sem casos no ano			

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
3. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL			
3.1. Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) – percentual pactuado (100 %) de casos investigados laboratorialmente.	121	120	99,2%
Comentários/justificativa: Apenas um caso não foi conseguido coletar, pois o caso foi de consultório particular e não permitiu fazer a coleta. Todos os outros foram investigados laboratorialmente, sendo que 99,2 foi oportunamente.			
3.2. Encerrar casos de meningite bacteriana por critério laboratorial – percentual pactuado (32%) de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex.	18	5	27,8%
Comentários/justificativa: Os números de encerramento por critério laboratorial continuam baixo devido a problemas no momento da realização do exame que não é de gerência da SMS e sim do Estado.			
3.3. Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes – 100% das gestantes com partos normais (vaginais), cesáreos e curetagens pós-aborto atendidas na rede pública e conveniada com VDRL realizado.	3.443	4.060	117,9%
Comentários/justificativa: Os Dados de gestantes foram coletados do SIS-PRENATAL que cadastram gestantes das áreas de abrangência das USF e UBS do município e não se conhece o percentual de mulheres residentes que são submetidas ao parto fora do município e que realizam o exame, além de muitas áreas nobres do município não ser coberto pelas UBS.			
3.4. Proporção de amostras clínicas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado - 80% das amostras coletadas para diagnóstico do vírus influenza nas unidades sentinelas da capital, em relação ao preconizado pelo SIVEP Gripe.	NSA	NSA	NSA
Comentários/justificativa: Somente para capital			

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
4. VIGILÂNCIA AMBIENTAL			
4.1. Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIÁGUA em municípios com população igual ou acima de 100.000 habitantes - dois relatórios anuais elaborados (um por semestre) contendo informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA.	2	2	100,0%
Comentários/justificativa: São realizados 2 relatórios por ano pelo técnico responsável pelo SISÀGUA. A água fornecida pela Empresa Bahiana de Saneamento de Vitória da Conquista, (Embasa), no ano de 2007 e 1º semestre de 2008, nas análises realizadas de turbidez, cor, cloro, coliformes totais e coliformes termotolerantes, que dentre outros são parâmetros previstos pela Portaria 518/2004, a água foi considerada boa, atendendo o padrão de potabilidade..			
5. VIGILÂNCIA E CONTROLE DE VETORES			
5.1. Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> em imóveis, de acordo com as normas técnicas do PNCD – Seis inspeções por ano - no mínimo 80%.	543.571	386.169	71,0%
Comentários/justificativa: Foi realizado 4 ciclos justificado pela falta de agentes para cobrir as áreas. Devido a Emenda 11.350 (Da não contratação dos agentes), não foi possível contratar mais agentes. Além de muitos atestados, licenças médicas, afastamento e desvio de função.			
5.2. Realizar vigilância entomológica, de acordo com o preconizado no PNCD, nos municípios não infestados - 100% de armadilhas instaladas e inspecionadas semanalmente ou realização de três inspeções por ano, por imóvel, obedecendo a amostragem estabelecida pelo Manual de Normas Técnicas.			NSA
Comentários/justificativa: Município Infestado			

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
6. CONTROLE DE DOENÇAS			
6.1. Taxa de cura de casos novos de tuberculose bacilíferos – percentual pactuado (85%) de casos novos bacilíferos curados dentre os casos novos bacilíferos diagnosticados na coorte de 2007 (de abril/2006 a março/2007) .	40	29	72,5%
Comentários/justificativa:			
6.2. Taxa de cura de hanseníase nos anos das coortes – percentual pactuado (95%) de casos curados dentre os casos diagnosticados nos anos das coortes (PB 2006 e MB 2005).	121	108	89,3%
Comentários/justificativa: Casos novos 2005 (53) e curados (59); Casos novos 2006 (68) e curados (49) e tivemos neste período (01) paciente transferido, (01) abandono, (01) óbito.			
6.3. Incidência Parasitária Anual de Malária (IPA) (nos municípios da Amazônia Legal).	0	0	0,0%
Comentários/justificativa: município sem casos			
6.4. Elaborar plano de contingência de atenção aos pacientes com dengue elaborado - município prioritário para dengue com o plano de contingência elaborado.	1	1	100,0%
Comentários/justificativa:			
7. IMUNIZAÇÕES			
7.1. Cobertura vacinal adequada para Hepatite B (<1ano) - 95% da população menor de 1 ano.	5.637	5.188	92,0%
Comentários/justificativa: O não alcance da meta é justificado por problemas consideráveis de subregistro e falhas na interpretação dos aprazamentos, bem como, a grande quantidade de microáreas descobertas por ACS que são parceiros importantes no acompanhamento das coberturas vacinais.			
7.2. Cobertura vacinal adequada para Poliomielite (<1ano) - 95% da população menor de 1 ano.	5.637	5.416	96,1%
Comentários/justificativa:			

AÇÃO	META		
	Total (a) (n.º absoluto)	Alcançado (b) (n.º absoluto)	Alcançado (c) (c=b/a*100)
7.3. Cobertura vacinal adequada para Tetravalente (<1ano) - 95% da população menor de 1 ano.	5.637	5.415	96,1%
Comentários/justificativa:			
7.4. Cobertura vacinal adequada para Tríplice Viral (1 ano) - 95% da população de 1 ano.	5.643	5.643	100,0%
Comentários/justificativa:			
8. MONITORIZAÇÃO DE AGRAVOS RELEVANTES			
8.1. Investigar óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 80.000 habitantes) – 75% dos óbitos de mulheres em idade fértil por residência investigados.	160	64	40,0%
Comentários/justificativa: O município tem o Comitê de Estudo da Mortalidade Materna que investiga e analisa todos os óbitos de MIF, implantado em 2001. Neste ano de 2007 o CEMM vem apresentando problemas de adesão dos técnicos, principalmente o profissional médico, que participa ativamente do fechamento dos óbitos. Com isso as reuniões não estão sendo realizadas impactando no indicador. As investigações do Comitê são realizadas por profissionais de saúde que compõe o Comitê.			
8.2. Investigar óbitos maternos (municípios com 80.000 habitantes ou menos) – município com investigação de óbitos de mulheres em idade fértil implantada (investigação de, no mínimo, 20% dos óbitos de mulheres em idade fértil por residência notificados no SIM)			NSA
Comentários/justificativa:			
9. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO			
9.1. Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas – percentual pactuado (90%) de óbitos não fetais por causas definidas em relação ao total de óbitos não fetais informados ao SIM em 2006.	1598	1375	86,0%
Comentários/justificativa: O município desde agosto de 2007 vem investigando os óbitos com causa maldefinida por meio dos profissionais das UBS.			

III - Ações referentes à Vigilância Ambiental.

AÇÃO	Relatório elaborado	
	Sim	Não
1. Cadastrar áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado – emitir um relatório anual com cadastramento de no mínimo uma área nos municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes.	X	
Comentários/justificativa: Neste ano de 2007 foram cadastradas três áreas que correspondem a casas de farinha na localidade de Campinhos, o Curtume que estava desativado e voltou a funcionar e o Aterro Sanitário.		

IV - Procedimentos de Vigilância Sanitária.

AÇÃO	Total	Executado	%
1. Elaborar plano de ação para implementação da vigilância sanitária, integrado ao Plano de Saúde, conforme instrutivo - um plano elaborado, conforme instrutivo.	1	1	100,0%
Comentários/justificativa: O plano foi feito no mês de agosto, de acordo com orientação da VISA, e contou com a participação de todos os técnicos do setor. O plano foi apresentado para o Conselho Municipal e enviado para 20ª DIRES.			
2. Expedição de Alvará/Licença Sanitária para estabelecimentos cadastrados abaixo:			
2.1. Serviços de diagnóstico e tratamento do câncer do colo de útero e de mama – 100% de estabelecimentos cadastrados com alvará/ licença sanitária atualizada, conforme instrutivo.	1	1	100,0%
Comentários/justificativa: Este estabelecimento consiste em um laboratório de Anatopatologia e citologia.			
2.2. Serviços hospitalares (maternidades e UTI neonatal) -100% de estabelecimentos cadastrados com alvará/ licença sanitária atualizada, conforme instrutivo.	2	2	100,0%
Comentários/justificativa: As maternidades foram pactuadas dentro dos serviços de 2 hospitais gerais (CSSG e UNIMEC) e a UTI neonatal não foi pactuada.			
2.3. Serviços de alimentação - 20% de estabelecimentos cadastrados com alvará/ licença sanitária atualizada, conforme instrutivo.	813	194	23,9%
Comentários/justificativa: Conforme pactuação estão envolvidos: restaurantes e similares, serviços ambulantes, cantinas e serviços de alimentação para eventos e recepções.			
2.3. Serviços de hemoterapia, diálise e nefrologia - 100% de estabelecimentos cadastrados com alvará/ licença sanitária atualizada, conforme instrutivo.	0	0	0,0%
Comentários/justificativa: Indicador de responsabilidade do Estado			

ANEXO E - PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA E DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE				
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável	
-Promover melhoria das ações de atenção básica	-Motivação e Qualificação dos Profissionais	-Desenvolver ações de educação permanente para os profissionais do PSF/PACS. -Implementar ações de acolhimento e humanização nas Unidades de saúde.	Atenção Básica	
	-Controle e Avaliação	-Garantir monitoramento e pactuação dos procedimentos e dos indicadores da Atenção Básica com as Unidades de Saúde.	Atenção Básica	
	-Aperfeiçoamento dos processos gerenciais	-Manter o acompanhamento das informações e ações dos programas de saúde (saúde da mulher; saúde da criança; saúde do idoso e do adulto).	Atenção Básica e CPD	
	-Aperfeiçoar mecanismos de Integração da Rede	-Criar ações integradas com os serviços de saúde		Atenção Básica
		-Implantação dos protocolos de assistência da Atenção Básica		Atenção Básica



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
-Reduzir a mortalidade por doenças do Aparelho Circulatório e Respiratório	-Motivação e qualificação dos profissionais.	-Promover educação permanente para os profissionais da rede básica de saúde	Pólo de educação Permanente; Atenção Básica; Vigilância à Saúde
	-Aperfeiçoamento dos processos gerenciais.	-Melhorar a assistência, de referência e contra-referência da população em risco para as doenças do Aparelho Circulatório e Respiratório.	CMC Atenção Básica
-Realizar diagnóstico precoce de hipertensão e diabetes	-Controle e Avaliação e Regulação	-Implementar busca ativa dos hipertensos e diabéticos nas USF/UBS viabilizando o acesso ao medicamento -Implementar o Hiperdia	Atenção Básica CPD
-Intensificar o acompanhamento do Hipertenso e Diabético	-Aperfeiçoar mecanismos de Integração da Rede	- Realizar monitoramento sistemático dos hipertensos e diabéticos pelo PACS /PSF e Unidades Básicas Tradicionais -Melhorar os mecanismos de integração entre os profissionais da atenção básica e atenção especializada	Atenção Básica Atenção Especializada
-Reduzir o coeficiente de morbimortalidade por AVC	-Aperfeiçoamento dos processos gerenciais	-Controlar, avaliar e acompanhar os hipertensos e diabéticos seguindo os protocolos assistenciais implementados pela atenção básica e especializada	Atenção Básica Atenção Especializada



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
-Reduzir a incidência de cárie dentária na população de 0 a 14 anos	-Estabelecer metas por serviço/unidade.	-Garantir ações de saúde bucal nas escolas públicas, creches e grupos comunitários.	Atenção Básica
-Qualificar a assistência em Saúde Bucal	-Aperfeiçoamento dos processos gerenciais. -Motivação e qualificação dos profissionais	-Implantação de protocolos assistenciais na Atenção Básica e Atenção especializada; -Sensibilizar os profissionais para o diagnóstico precoce do câncer de boca e doenças periodontais -Desenvolver capacitações dos profissionais na área de saúde bucal coletiva e atenção especializada; -Garantir ações especializadas de saúde bucal para referência das unidades básicas; -Informatizar o centro de especialidades odontológicas. -Promover educação permanente em saúde bucal de acordo com as demandas dos serviços	Atenção Básica e Atenção especializada de Saúde Bucal



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
-Aperfeiçoar a qualidade das Declaração de Óbito.	- Motivação e qualificação dos profissionais	-Promover educação permanente para os médicos da rede, para o preenchimento correto e importância das Declarações de Óbito.	Vigilância à Saúde Atenção Básica
	-Aperfeiçoamento dos processos gerenciais	-Realizar supervisão das Unidades de Saúde, Departamento de Polícia Técnica, Cartório de Registro Civil, serviço domiciliar.	Vigilância à Saúde
-Reduzir a morbimortalidade Infantil.	-Controle e avaliação	-Implantar o Comitê de Mortalidade Infantil. -Implementar as ações de investigação de óbitos infantis pelas UBS.	Vigilância à Saúde/ VE Atenção Básica
	-Motivação e qualificação	-Qualificar os profissionais da rede básica e hospitalar em transmissão vertical do HIV; -Facilitar acesso da gestante e do RN ao diagnóstico e tratamento do HIV/SÍFILIS.	Vigilância a Saúde/CR. DST/AIDS Atenção Básica Rede Hospitalar
	-Aperfeiçoamento dos processos gerenciais	-Implantação de protocolos assistenciais garantindo melhor qualidade nas consultas de PN e CD.	Atenção Básica



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
	-Educação em saúde para o usuário/unidade.	-Realizar educação permanente para os profissionais de saúde referente aos programas de saúde da criança; -Desenvolver ações de sensibilização para melhor adesão da população no cuidado com a criança (Aleitamento materno, imunização, teste do pezinho etc.)	Vigilância à Saúde Atenção Básica Pólo de Educação
	-Estabelecer metas por serviço/unidade	-Manter cobertura vacinal de acordo parâmetros do Ministério da saúde (PPI).	Vigilância / Atenção Básica
	-Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS	-Fortalecer as ações de imunização através da intersetorialidade.	Vigilância / Atenção Básica



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
-Reduzir a desnutrição Materno Infantil	-Motivação e qualificação dos profissionais	-Realizar educação em saúde para os profissionais da rede básica para avaliação e acompanhamento do estado nutricional.	Vigilância a Saúde/VE Atenção Básica Pólo de Educação Permanente.
	-Controle e Avaliação	-Garantir o acompanhamento dos Programas de Vigilância Nutricional.	Vigilância Epidemiológica Rede Atenção
	-Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS.	-Fortalecer a participação no Comitê do Programa Bolsa Família/Desenvolvimento Social	VE / Vigilância Nutricional



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
-Reduzir a taxa de Mortalidade Materna.	-Motivação e qualificação dos profissionais	-Realizar capacitações dos profissionais da Atenção Básica na investigação dos óbitos de MIF e na promoção de educação em saúde;	Vigilância a Saúde/VE Comitê de Estudo da Mortalidade Materna (CEMM)
	-Aperfeiçoamento dos processos gerenciais	-Promover reuniões periódicas com as UBS para avaliação sistemática dos dados de MM pactuados e planejamento das ações.	Vigilância a Saúde/VE / -CEMM Atenção Básica CPD
		-Sensibilização dos profissionais médicos dos hospitais-maternidades para o óbito materno.	Vigilância Epidemiológica Comitê de Estudo da Mortalidade Materna
		-Realizar Seminário anual do Comitê de Mortalidade Materna.	SMS



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
(continuação) -Reduzir a taxa de Mortalidade Materna.	-Controle e avaliação	-Utilizar sistematicamente os relatórios do SIM/SIAB na avaliação e planejamento	CEMM UBS CPD
	-Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS	-Realizar monitoramento e avaliação das ações em caráter intersetorial.	Vigilância a Saúde
	-Aperfeiçoamento dos processos gerenciais.	-Implementar os protocolos de assistência ao pré-natal de baixo risco; -Implementar o sistema de referência e contra-referência	Atenção Básica Hospital Esaú Matos



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
-Reduzir a taxa de óbito por Ca de Colo de Útero e de Mama.	-Educação em saúde para o usuário/unidade.	-Desenvolver ações de sensibilização para melhor adesão das mulheres em idade de risco para a coleta do papanicolau. -Desenvolver ações de educação permanente para os profissionais de Saúde da atenção básica e especializada.	Atenção Básica
	-Aperfeiçoamento dos processos gerenciais	-Detectar precocemente, acompanhar e tratar portadores de neoplasias de mama e colo do útero.	Atenção Básica Atenção Especializada



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
-Reduzir o percentual de óbitos por causas mal definidas	-Motivação e qualificação dos profissionais	-Realizar capacitações dos profissionais médicos para o preenchimento das DOs e avaliação das causas básicas do óbito	Vigilância a Saúde/VE CPD
	-Aperfeiçoamento dos processo gerenciais	-Realizar avaliação sistemática dos óbitos por causas mal definidas e encaminhar para as Unidades de Saúde para investigação das causas	Vigilância a Saúde/VE
-Manter o controle das doenças imunopreveníveis	-Motivação e qualificação dos profissionais	-Realizar avaliação sistemática da cobertura vacinal	Vigilância a Saúde/VE/Coord. de Imunização Atenção Básica
		-Realizar capacitações e atualizações para os profissionais das Unidades envolvidos em imunização	Vigilância a Saúde/VE/Coord. de Imunização Atenção Básica



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
-Implantar a Vigilância e Controle de Zoonoses	-Motivação e qualificação dos profissionais	-Capacitar agentes de endemias quanto à vigilância das principais zoonoses.	Vigilância a Saúde/VE/ Centro de Endemias
		-Sensibilizar as ESF para a busca ativa das principais zoonoses.	Vigilância a saúde/VE Centro de Endemias
	-Aperfeiçoamento dos processo gerenciais	-Implantação do Centro de Zoonoses	SMS/ CAF
		-Realizar inquérito canino para controle e Vigilância em áreas de notificação de casos de Leishmaniose Visceral	Vigilância a Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
(continuação) -Implantar a Vigilância e Controle de Zoonoses	-Educação em saúde para o usuário serviço/unidade	-Realizar atividade educativa visando participação ativa da comunidade no diagnóstico precoce das Zoonoses.	Vigilância a Saúde/VE/ Centro de Endemias e Zoonoses
-Reduzir a incidência de enteroparasitoses e a prevalência de esquistossomose	-Motivação e qualificação dos profissionais	-Realizar capacitação dos profissionais de saúde para vigilância e controle das enteroparasitoses.	Vigilância a Saúde Atenção Básica
	-Aperfeiçoamento do processo gerencial	-Garantir os métodos diagnósticos das enteroparasitoses e esquistossomose.	SMS Vigilância à Saúde/ Laboratório Municipal
		-Avaliar trimestralmente as ações de controle das enteroparasitoses e esquistossomose	Vigilância à Saúde/VE Atenção Básica



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
- Reduzir a incidência das Hepatites Virais	-Motivação e qualificação dos profissionais	-Capacitação para profissionais (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, ACS), para notificação, investigação e diagnóstico	Vigilância a Saúde/VE Atenção Básica
	-Aperfeiçoamento do processo gerencial.	-Realizar monitoramento dos casos notificados	Vigilância a Saúde/VE
		-Garantir o atendimento e acompanhamento dos pacientes de Hepatite B pelo ambulatório de Hepatites Virais no DST/AIDS	VE Ambulatório de Hepatites Virais
	-Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS	-Construir protocolo do fluxo de atendimento das hepatites virais -Promover ações educativas em parceria com a Secretaria de Educação	Vigilância a Saúde/VE Equipe do ambulatório de Hepatites Virais



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
– Melhorar as informações das doenças de notificação compulsória	-Motivação e qualificação dos profissionais	-Implementar as notificações e investigações das doenças de notificação compulsória.	Atenção Básica Vigilância a Saúde/ Centro de Endemias
	-Controle e Avaliação	-Realizar avaliação sistemática do SINAN.	Vigilância a Saúde Atenção Básica
	-Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da rede SUS	-Promover ações integradas com a Secretaria de Educação	Vigilância a Saúde/VE/Centro de Endemias



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
- Eliminar a Hanseníase como problema de Saúde Pública	-Motivação e qualificação dos profissionais	-Efetivar e consolidar a descentralização para a rede básica	Atenção Básica VS/Centro de Referência em Dermatologia Sanitária
	-Controle, avaliação, regulação.	-Regular a oferta de baciloscopia de linfa .	VS/Centro de Referência em Dermatologia Sanitária
	-Aperfeiçoamento do processo de gerenciamento	-Garantir o fornecimento do medicamento complementar	SMS/CAF
	-Aperfeiçoamento no mecanismo de integração da rede SUS	-Melhorar a intersetorialidade realizando a avaliação dos indicadores com a Atenção Básica e a Vigilância a Saúde.	VS/Centro de Referência em Dermatologia Sanitária
	-Educação em saúde para o usuário serviço/unidade	-Promover ações integradas com a Secretaria de Educação.	VS/Centro de Referência em Dermatologia Sanitária



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE				
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável	
- Reduzir o coeficiente anual de incidência de Tuberculose Pulmonar	-Motivação e qualificação dos profissionais	-Qualificar as equipes da Atenção Básica para efetivação da descentralização da Tuberculose	Atenção Básica VS/Centro de Referência de Tisiologia	
	-Controle, avaliação e regulação	-Regular a oferta de baciloscopia e cultura para BK .	VS/Centro de Referência em Tisiologia	
	-Aperfeiçoamento do processo de gerenciamento	-Garantir o fornecimento do medicamento complementar	SMS Setor de Compras e Almocharifado	
	-Aperfeiçoamento do mecanismo de integração da rede SUS		-Desenvolver ações integradas com Atenção Básica, Centro de Referência em DST/AIDS e os diversos níveis de atenção.	Atenção Básica VS/Técnicos do Centro de Referência em Tisiologia, Centro de Referência em DST/AIDS
			-Realizar inquérito de Tuberculose multidrogaresistente preconizado pelo MS	VS/Centro de Referência em Tisiologia, CR DST/AIDS, LACEN



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
– Ampliação das ações de Vigilância Sanitária	-Motivação e qualificação dos profissionais	-Capacitação dos profissionais em Legislação Sanitária, Legislação do SUS e Epidemiologia.	Vigilância a Saúde/ VISA SESAB/DIVISA
	-Controle, Avaliação e Regulação	-Implantação do sistema de informatização da VISA para análise de Dados;	CPD Vigilância a Saúde/VISA
		-Fortalecer o suporte jurídico para acompanhamento dos processos.	PMVC/Sec. Adm. Vigilância a Saúde/VISA CAF
	-Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da Rede	-Desenvolver ações com outros órgãos e setores implementando o planejamento intersetorial.	Vigilância a Saúde/VISA
	-Educação e Saúde para o usuário/Unidade.	-Realização de capacitações para profissionais de saúde.	Vigilância a Saúde/VISA Atenção Básica
		-Divulgar ações da VISA nos meios de comunicação .	Vigilância a Saúde/VISA SMS ASCOM



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
– Ampliar a oferta de serviços especializados no Laboratório Central	-Motivação e qualificação dos profissionais	-Capacitar os profissionais do laboratório em exames de Bromatologia, Microbiologia, e Anatomopatologia	VS/Laboratório central
	-Controle Avaliação e Regulação	-Consolidar a marcação dos exames pelas CMC	VS/Laboratório Central SIMAAC/CMC
		-Ampliar a oferta de exames de urgência para referência em Oncologia, DST/AIDS, Esaú Matos, Tuberculose, Vigilância Epidemiológica.	VS/Laboratório Central



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
-Facilitar o acesso aos exames laboratoriais	-Aperfeiçoamento do processo gerencial	-Implementar a descentralização da coleta laboratorial para as Unidades de Saúde garantindo a organização do fluxo do serviço. -Implantar o ISO 9002 para o Laboratório Central	Vigilância Saúde/Laboratório Central SMS CAF
	-Controle, Avaliação e Regulação	-Monitorar a descentralização da coleta laboratorial.	VS/ Laboratório Central CPD
- Aperfeiçoar o sistema de informação do Laboratório Central	-Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração da Rede	-Realizar ações integradas com Central de Processamento de dados.	LAB CPD
	-Aperfeiçoamento do processo de gerenciamento	-Implantar a emissão de resultados de exames de urgência via Internet	CAF SMS/CPD
		-Implantar o sistema de Senha para atendimento da comunidade	LAB / CPD



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
– Garantir o gerenciamento de resíduos de maneira sustentável	-Motivação e qualificação dos profissionais.	-Capacitação dos profissionais para realizar a coleta seletiva	VS/Laboratório Central/ VISA
	-Aperfeiçoamento do processo de gerenciamento	-Monitoramento e Controle dos resíduos através da avaliação dos profissionais	VS/Laboratório Central/ VISA
		-Terceirização para acondicionamento e descontaminação dos resíduos	VS/Laboratório Central SMS/ CAF
		-Elaboração do plano de gerenciamento dos resíduos para toda a rede	SMS/CPD VS/VISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Garantir sustentabilidade e qualificação das ações e serviços de saúde individuais e coletivos

LINHA DE AÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Objetivos	Estratégias	Ações	Setor Responsável
-Garantir atendimento integral à vítima de violência sexual.	-Motivação e Qualificação dos Profissionais	-Capacitar os profissionais de toda rede de atenção à saúde no atendimento a vítima de violência sexual.	VS/CR-DST/AIDS
	-Aperfeiçoamento dos processos gerenciais	-Disponibilizar testes diagnósticos e terapia profilática para pacientes vítima de violência sexual	VS/CR-DST/AIDS HMEM
-Reduzir a Incidência das DST/HIV/AIDS	-Motivação e Qualificação dos Profissionais	-Capacitação dos Funcionários do C.R DST/AIDS, atenção básica, especializada, e rede hospitalar em abordagem sindrômica, Aconselhamento e Transmissão Vertical	VS/CR DST/AIDS Atenção Básica Hospital Esaú Matos
	-Controle, Avaliação e Regulamentação	-Implementar um sistema de monitoramento e avaliação dos indicadores de DST/HIV/AIDS.	VS/CR DST/AIDS
	-Aperfeiçoamento do mecanismo de integração da rede SUS.	-Manter e ampliar a descentralização das ações educativas, preventivas, aconselhamento e integralidade da assistência para as UBS e USF. -Garantir aos portadores do HIV que apresentem lipodistrofia, o direito a tratamento ambulatorial clínico e/ou cirúrgico;	VS/CR. DST/AIDS Atenção básica
	-Educação em Saúde para o usuário/unidade	-Realizar campanhas anuais de prevenção e desenvolver projetos específicos de promoção (Projeto saúde nas Escolas)	VS/CR-DST/AIDS

ANEXO F - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.

**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER Nº 006-08 / CEP-ISC

Registro CEP: 003-08/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: "Práticas de planejamento da atenção básica e da vigilância da saúde no município de vitória da conquista."

Pesquisador Responsável: José Andrade Louzado
Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 28 de fevereiro de 2008, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 03 de março de 2008.

**Leny Alves Bomfim Trad
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia**