



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Thiago Augusto Campos Horta

O processo de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora – MG: contribuições sobre a programação local em saúde

Rio de Janeiro

2021

Thiago Augusto Campos Horta

O processo de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora – MG: contribuições sobre a programação local em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Vanessa Costa e Silva

Rio de Janeiro

2021

The implementation process of the Master Plan for Primary Health Care in Juiz de Fora - MG: contributions to local health programming.

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

H821p Horta, Thiago Augusto Campos.
O processo de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora – MG: contribuições sobre a programação local em saúde / Thiago Augusto Campos Horta. -- 2021.
130 f. : il. ; tab.

Orientadora: Vanessa Costa e Silva.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Planejamento em Saúde. 2. Programação Local em Saúde. 3. Atenção Primária em Saúde. 4. Estratégia da Saúde da Família. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1068

Thiago Augusto Campos Horta

O processo de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora – MG: contribuições sobre a programação local em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovado em: 20 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora

Prof^o Dr^a Priscilla Caran Contarato

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^o Dr^a Elyne Montenegro Engstrom

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^a Dr^a Vanessa Costa e Silva (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

Ao prestar meus agradecimentos, posto-me em reconhecer e homenagear algumas pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a minha conclusão deste projeto de obtenção do título de mestre.

Por acaso do término tardio frente ao prazo inicialmente estipulado para a conclusão deste mestrado, pude colecionar mais agradecimentos as pessoas que me motivaram e favoreceram inúmeras reerguidas que tive que realizar, em decorrência de obstáculos pessoais das quais fui imerso e submerso por algumas ocasiões da vida, mas enfrentado e superado em consequência das pessoas das quais, aqui, prestarei meus singelos agradecimentos.

Início meus agradecimentos a uma inestimável amiga e atual companheira que soube conviver com a escuta por todo esse período das minhas dificuldades, mas marcado ao final por essa grande conquista, apesar da dolorosa caminhada pelos motivos particulares da qual mencionei. À querida Lorrany Castro pela persistência ao meu lado e que através da escuta de minhas querelas, me doava sua mão, reerguendo-me todas as vezes que descia aos meus sofrimentos.

Agradeço, da mesma forma especial, a minha professora e orientadora do mestrado, Prof^ª Dr^ª Vanessa Costa e Silva, que soube compreender minhas lacunas pessoais ocasionada pela minha breve interrupção do curso, com o trancamento da matrícula. Sua dedicação ao meu caso me incentivou chegar até aqui, com uma postura acolhedora no trato humano, rigidez acadêmica e valioso conhecimento a mim emprestado, guiou-me até a conclusão da produção desta dissertação.

Aos meus queridos filhos, Ana Luiza e Pedro, que me motivaram sempre a olhar em frente pelo meu natural afeto amoroso dedicado a eles. Por esse amor, guiei-me pelo exemplo a ser dado aos que veem no pai, um modelo a ser espelhado, orientando-me a manter os olhos sempre com o objetivo em concluir este projeto.

Também de maneira muito especial, aos meus pais, Elizabeth Horta e Roberto Horta, assim como ao meu irmão, Raphael Horta e ao meu padrinho e tio José Armando de Figueiredo Campos, que me dispuseram das condições necessárias para minha caminhada, ajudando a superar os momentos tortuosos da minha vida. Sem esta valiosa ajuda, dificilmente superaria tal momento e tão pouco viabilizaria a conclusão deste mestrado. Por assim ser, exerceram um papel extremamente fundamental para esta conquista, que com emoção e carinho, destaco os sinceros agradecimentos aos meus familiares.

Por fim, presto meus agradecimentos de forma aberta aos meus amigos mais próximos, professores do curso e aos meus colegas de turma que me motivaram e ensinaram-me muito com a presença e direcionamentos sempre de maneira atenciosa frente as minhas demandas.

Estes são os agradecimentos, prestados em homenagem as várias pessoas que me proporcionaram, cada um ao seu modo, chegar ao término deste projeto de conclusão do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde (MPAPS) ofertado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP / Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

Muito obrigado!

Thiago Augusto Campos Horta

Os conceitos de saúde, sistemas de saúde e saúde pública têm se modificado, ao longo do tempo, em qualquer formação social que se considere, podendo-se mesmo afirmar que existem tantas noções de ‘saúde pública’ quantas forem as conjunturas e formações sociais que estivermos focando. É evidente, contudo, que um conjunto de conhecimentos e práticas em saúde pública tem sido encontrado de forma consistente em épocas mais recentes (Paulo M. Buss, 2018, p.33).

RESUMO

O processo de municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS) exigiu, nas últimas duas décadas, a institucionalização das práticas de planejamento e programação em saúde tanto para o melhor uso e alocação dos recursos para o setor quanto para atender às necessidades da população. Neste contexto, o Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS) instituído no município de Juiz de Fora, MG, no período de 2014 a 2016, em especial no que se refere ao uso da Programação Local em Saúde pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), constitui-se em um dispositivo para a política de fortalecimento e estruturação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no âmbito do SUS no município. Seu desenvolvimento buscou o reconhecimento e a organização dos processos de trabalho existentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O objetivo deste estudo foi analisar o processo da implantação do PDAPS instituído no município de Juiz de Fora - MG no período de 2014 a 2016, identificando os limites e possibilidades da Programação Local em Saúde na organização das práticas das EqSF. Os objetivos específicos foram: (a) descrever a experiência da elaboração da programação local nas EqSF; (b) verificar a utilização da programação local em saúde na organização das ações de saúde das ESF e (c) analisar os limites e possibilidades da programação local em saúde na ESF. Foi realizado grupo focal com trabalhadores da atenção primária em saúde do município e análise documental. Os resultados apontaram para a programação local em saúde como componente operacional conectado ao planejamento em saúde e indutor para novos arranjos das práticas da EqSF, assim como oportunizaria maior compreensão das ações e serviços prestados pelas equipes sendo um componente possivelmente favorecedor ao controle social, através dos conselhos locais de saúde. Apresenta-se ainda, os limites e contribuições da programação local em saúde para uma visão crítica e reflexiva acerca da sua forma de elaboração e utilização nas EqSF.

Palavras-Chave: Planejamento em Saúde; Programação Local em Saúde; Atenção Primária em Saúde; Estratégia da Saúde da Família.

ABSTRACT

The process of municipalization of the Unified Health System (SUS) demanded, in the last two decades, the institutionalization of planning and programming practices in health, both for the best use and allocation of resources for the sector and to meet the needs of the population. In this context, the Master Plan for Primary Health Care (PDAPS) established in the city of Juiz de Fora, MG, from 2014 to 2016, especially with regard to the use of Local Health Programming by Family Health Teams (EqSF), constitutes an important device for the policy of strengthening and structuring the ESF within the scope of the SUS in the municipality. Its development sought to recognize and organize the work processes existing in Basic Health Units (UBS). The aim of this study was to analyze the process of implementing the PDAPS instituted in the city of Juiz de Fora - MG from 2014 to 2016, identifying the limits and possibilities of Local Health Programming in the organization of the practices of Family Health Teams (EqSF). The specific objectives were: (a) to describe the experience of developing local programming in the ESF; (b) verifying the use of local health programming in the organization of health actions in the EqSF and (c) analyzing the limits and possibilities of local health programming in the ESF. A focus group was carried out with Primary Health Care workers in the city and document analysis. The results pointed to the local health programming as an operational component connected to health planning and a strong inducer for new arrangements of ESF practices, as well as providing opportunities for greater understanding of the actions and services provided by the teams, being a component possibly favoring social control, through of local health councils. It also presents the limits and contributions of local health programming for a critical and reflective view of its development and use in the EqSF.

Keywords: Health Planning; Local Health Programming; Primary Health Care; Family Health Strategy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Números de estabelecimentos de saúde no Brasil. Décadas 1970, 1980,2002.	15
Tabela 2 -	Expansão de empregos públicos no setor saúde na esfera municipal, década de 1970, 2002. Brasil	16
Tabela 3 -	Correntes de pensamento do planejamento em saúde	19
Tabela 4 -	Critério e variáveis para a seleção das ESF para a coleta de dados da pesquisa	30
Tabela 5 -	Número esperado de participantes após a seleção para a coleta de dados da pesquisa.	30
Tabela 6 -	Roteiro utilizado na condução do grupo focal	31
Tabela 7 -	Referenciais de análise para o estudo	33
Tabela 8 -	Análise de cobertura da APS em Juiz de Fora, 2020	42
Tabela 9 -	Macroprocesso para atenção à condição crônica	48
Tabela 10 -	Detalhamento dos momentos do PDAPS referente a implantação da programação local em saúde e da agenda programada	50
Tabela 11 -	Consolidado do número de envolvidos em Juiz de Fora, 2014	50
Tabela 12 -	Descritores dos parâmetros utilizados na programação local em saúde	52
Tabela 13 -	Serviços programados pela ESF's a partir da implantação da programação local em saúde.	54

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	QUESTÕES MOTIVADORAS E OBJETIVOS DO ESTUDO	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	CONCEITOS E ASPECTOS FUNDANTES.....	18
3.2	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES DA PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE.....	26
3.3	ALGUMAS CRÍTICAS E LIMITES DA PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE	28
4	PROPOSTA METODOLÓGICA	29
4.1	CENÁRIO DA PESQUISA E PARTICIPANTES	29
4.2	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	31
4.3	PLANO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	32
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	34
4.5	PROBLEMAS METODOLÓGICOS	35
5	RESULTADOS	36
5.1	BREVE CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	38
5.2	A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE JUIZ DE FORA, MG	40
5.3	AS OFICINAS DE IMPLANTAÇÃO DO PDAPS E A INCORPORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE.....	47
5.4	OS RESULTADOS EVIDENCIADOS: PERSPECTIVA DE MUDANÇA DOS SERVIÇOS NA APS EM JUIZ DE FORA, MG	52
5.5	PERCEPÇÃO DA EQUIPE: ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PDAPS EM JUIZ DE FORA, MG	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	77
	APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO E ASSUNÇÃO DA CO-RESPONSABILIDADE	80
	APENDICE C – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS PARA O GRUPO FOCAL	82
	APENDICE D – PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE	85
	APENDICE E – RELAÇÃO DOS ATOS NORMATIVOS PUBLICADOS	128

1 INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta e não da demanda, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros.

Isto porque o perfil epidemiológico da população brasileira está caracterizado pelo aumento contínuo das doenças crônicas, tanto pelo envelhecimento da população quanto pelo aumento da exposição aos fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada e obesidade, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, às condições agudas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam 07 das 10 principais causas de morte em todo mundo¹, sendo responsáveis por 74% das mortes em todo o mundo, no ano de 2019.

A principal causa de morte em todo o mundo nos últimos 20 anos são as doenças cardíacas, que aumentou de 2 milhões no ano 2000 para aproximadamente 9 milhões no ano de 2019, representando 16% do total de mortes por todas as causas.

A maior causa de morte no mundo é a doença isquêmica do coração, responsável por 16% do total de mortes no mundo. Desde 2000, o maior aumento nas mortes foi por esta doença, aumentando em mais de 2 milhões para 8,9 milhões de mortes em 2019. O acidente vascular cerebral e a doença pulmonar obstrutiva crônica são a 2ª e a 3ª principais causas de morte, responsáveis por aproximadamente 11% e 6 % do total de mortes, respectivamente. As infecções respiratórias inferiores continuaram a ser a doença transmissível mais mortal do mundo, classificada como a 4ª causa de morte. No entanto, o número de mortes diminuiu substancialmente: em 2019, custou 2,6 milhões de vidas, menos 460.000 do que em 2000. As condições neonatais são classificadas em 5º lugar. No entanto, as mortes por doenças neonatais são uma das categorias para as quais a redução global de mortes em números absolutos nas últimas duas décadas foi a maior: essas doenças mataram 2 milhões de recém-nascidos e crianças pequenas em 2019, 1,2 milhão a menos do que em 2000. As mortes por doenças não transmissíveis estão aumentando. As mortes por câncer de traqueia, brônquios e pulmão aumentaram de 1,2 milhão para 1,8 milhão e agora estão em 6º lugar entre as principais causas de morte. Em 2019, a doença de Alzheimer e outras formas de demência foram classificadas como a 7ª principal causa de morte. As mulheres são afetadas de forma desproporcional. Globalmente, 65% das mortes por Alzheimer e outras formas de demência são mulheres. Uma das maiores quedas no número de mortes é por doenças diarreicas, com

¹ De acordo com as Estimativas Globais de Saúde de 2019 publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

mortes globais caindo de 2,6 milhões em 2000 para 1,5 milhões em 2019. O diabetes está entre as 10 principais causas de morte, após um aumento percentual significativo de 70% desde 2000. O diabetes também é responsável pelo maior aumento nas mortes masculinas entre as 10 principais causas, com um aumento de 80% desde 2000. Outras doenças que estavam entre as 10 principais causas de morte em 2000 não estão mais na lista. HIV / AIDS é um deles. As mortes por HIV / AIDS caíram 51% nos últimos 20 anos, passando da 8ª causa de morte em 2000 para a 19ª em 2019. As doenças renais passaram da 13ª causa de morte para a 10ª. A mortalidade aumentou de 813.000 em 2000 para 1,3 milhão em 2019. (WHO *Global Health Estimates*, 2020)

Diante desse cenário, um modelo de atenção à saúde centrado na doença e, em especial no atendimento à demanda espontânea, que em sua maioria tem como queixa principal o evento agudo de uma condição crônica, não pode ser sustentável. Haveria uma incoerência explícita entre a necessidade da população no manejo das suas condições crônicas e a lógica de organização dos serviços voltadas prioritariamente para os atendimentos episódicos agudos provocados pelas doenças crônicas não transmissíveis. Alguns autores se referem a isso como a grande crise nos modelos de saúde contemporâneos.

A transição das condições de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde (FRENK et al., 1991). Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, nesse momento, em escala global, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde. A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas – nos países desenvolvidos de forma mais contundente e nos países em desenvolvimento pela situação de dupla ou tripla carga das doenças – e um sistema de atenção à saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas e aos eventos agudos, decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada. Essa crise tem sido caracterizada pelos propositores do modelo de atenção a crônicos, como resultado da ditadura das condições agudas. Isso não está dando certo nos países desenvolvidos, isso não dará certo nos países em desenvolvimento. (MENDES, 2011)

Segundo Ham, a análise histórica dos sistemas de atenção à saúde nos mostra que até a primeira metade do século XX as doenças eram voltadas para as doenças infecciosas e já na segunda metade do século XX as doenças eram vergadas para as condições agudas. Já nesse século XXI, as doenças são voltadas para as condições crônicas, razão pela qual os serviços de saúde devem ser reformados para estabelecerem uma coerência entre a situação de saúde e o modelo de atenção à saúde.

O paradigma predominante da doença aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX da doença como uma ruptura

de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção à condição aguda é o que enfrenta diretamente a ameaça. Mas a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalecentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas (HAM, 2007).

Essa é a relevância da configuração da atenção primária à Saúde (APS) como um modelo de atenção capaz de responder às condições crônicas, por meio da análise da situação de saúde em que o objetivo seja tanto a identificação e estratificação de grupos e/ou subgrupos populacionais adscritos ao território de responsabilidade, quanto a capacidade de prover respostas aos cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais (MENDES, 2011).

Um importante dispositivo gerencial para tal configuração é a Programação Local em Saúde (PLS) que pode ser percebida como a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções no âmbito da promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento e reabilitação. Adota tecnologias de gestão da clínica, organizadas por ciclo de vida, condição de saúde ou patologia estabelecidas pela identificação de necessidades de saúde do território de atuação da unidade básica de saúde (UBS).

Salienta-se que o termo ‘programação’ se vincula ao planejamento do uso de recursos e remonta à acepção racionalizadora² do método CENDES-OPAS³ onde os conceitos de cobertura e concentração populacional compõem a base de cálculo das atividades oferecidas à população de um determinado território (NEMES, 1993).

A técnica CENDES-OPAS pode ser entendida como uma inovação conceitual e metodológica que contribuiria para a preparação dos planos nacionais de saúde, já que o setor saúde não tinha um método que assegurasse a compatibilidade do planejamento de saúde com o planejamento em outros setores, predominantemente econômico. (...) caracterizava-se com enfoque sistêmico de programação de recursos de saúde pela análise de custo-benefício, contemplando uma proposta de priorização dos danos à saúde que tende a privilegiar os danos que apresentam um custo relativo menor por morte evitada (PAIM, 1983).

Segundo Schraiber (1993), há uma distinção entre programação e planejamento, sendo o primeiro termo referente ao componente técnico e o segundo ao modelo assistencial.

² Constitui-se numa proposta complementar à técnica CENDES/OPS, como uma resposta racionalizadora para a crise do setor saúde. Essa crise na década de 70 referia-se à ineficiência da assistência médica, pelos custos elevados do modelo médico-hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde (PAIM, 1983).

³ A técnica CENDES/OPAS, foi desenvolvida pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela e publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em abril de 1965 e utilizado até meados da década de 70.

Portanto, essa dissertação considera a programação como uma das técnicas do planejamento local em saúde utilizada na atenção primária à saúde como balizador dos indicadores pactuados junto às EqSF's.

Alinhado a este preceito, expressa-se abaixo o significado empregado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) utilizando o termo 'programação da atenção básica':

A programação da atenção básica como: etapa do planejamento para operacionalizar ações necessárias no alcance de metas estabelecidas; ferramenta que subsidia a reorganização deste nível de atenção e como processo não limitado às informações de séries históricas de produção de procedimentos em detrimento das necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2003)

Trata-se da oferta organizada de assistência respondendo pela parte operacional do plano de prestação do cuidado pretendido (SCHRAIBER, 1999). Com a finalidade de delimitar a acepção do termo, considerando que tal conceito será melhor explorado no referencial teórico, destaca-se que a programação local em saúde pode conectar o planejamento das políticas públicas de saúde às práticas empreendidas pelos profissionais por meio da organização dos serviços e seus fluxos assistenciais de atenção aos usuários, em acordo com a quantidade de procedimentos necessários para a cobertura da oferta pretendida (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Esse dispositivo reforçaria o modelo de atenção à saúde que prioriza as ações de monitoramento dos agravos mais prevalentes no território e de prevenção dos riscos associados às agudizações das condições crônicas. Somando-se a isto, as condições crônicas requerem práticas próprias de cuidado prolongado e não aquelas usualmente utilizadas no manejo dos quadros agudos e cujas especificidades poderiam ser mais bem trabalhadas e explicitadas durante a programação local em saúde (PLS). Ou seja, a PLS pode contribuir para a readequação das práticas em APS ao favorecer o manejo da condição crônica com vistas à coordenação ao longo do contínuo assistencial nos diferentes serviços de saúde.

Há de se ressaltar que, apesar da PLS se configurar como uma das ferramentas no planejamento da atenção primária em saúde, a incorporação sem uma criteriosa crítica dos parâmetros estabelecidos pode não resultar na organização de serviços que coadunam com as reais necessidades de saúde de uma população (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996).

Nessa perspectiva, o município de Juiz de Fora, MG, implantou, em 2014, o Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS). Tal plano pretendeu enfatizar a importância da PLS junto às equipes de saúde da família (EqSF) como recurso favorecedor no manejo da

condição crônica a partir das práticas de produção de saúde, orientadas por linhas de cuidado, com vistas à coordenação do cuidado, elemento central na construção de um modelo de atenção baseado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a atenção primária à saúde como centro comunicacional e ordenadora desta rede.

Do ponto de vista prático, a PLS instituída no referido plano seria realizada pelas equipes de saúde da família a partir: (i) do levantamento das necessidades locais de saúde; (ii) da identificação dos profissionais responsáveis e da capacidade instalada de atendimento; (iii) das atividades a serem desenvolvidas e (iv) dos resultados a serem alcançados a partir dos parâmetros utilizados. O sistema de monitoramento e avaliação da atenção primária à saúde daria seguimento à programação realizada.

2 | QUESTÕES MOTIVADORAS E OBJETIVOS DO ESTUDO

O processo de municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS) exigiu, nas últimas duas décadas, a institucionalização em maior ou menor grau das práticas de planejamento e programação em saúde tanto para o melhor uso e alocação dos recursos para o setor quanto para atender às necessidades da população.

A municipalização possui intrínseco vínculo com o modelo de organização político administrativo advindo do novo ordenamento constitucional dado pela Constituição Federal de 1988 (CF 88) que apontava para a descentralização da execução das políticas públicas setoriais, de forma regionalizada e com a participação da sociedade no controle social.

Essas mudanças no sistema de saúde brasileiro ensejaram novos arranjos na organização e na forma do planejamento dos serviços e ações em saúde, tendo em vista a clara inserção dos princípios da universalização do acesso e da integralidade da atenção.

Segundo Machado (2005), dois foram os movimentos que caracterizaram o processo de descentralização/municipalização, sendo eles: a expansão do setor saúde, evidenciando aumento exponencial do número de estabelecimentos de saúde, conforme demonstrado na Tabela 1 e do número de empregos no setor (cerca de dois milhões), conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 1. Números de estabelecimentos de saúde no Brasil. Décadas 1970, 1980, 2002.

PERÍODO	QUANTITATIVO (Nº ABSOLUTOS)
Década de 70	13.133 estabelecimentos em saúde
Década de 80	18.489 estabelecimentos em saúde
Em 2002	67.612 estabelecimentos em saúde

MACHADO, 2005

Um dos reflexos do crescimento e do papel preponderante do município na assistência à saúde foi a expansão de empregos públicos em saúde na esfera municipal, conforme relata Machado (2005):

Em 1976, o setor público municipal contava com apenas 25.854 empregos; o setor público federal, com 98.528; e o estadual, com 60.094. Em 1992, o setor público estadual passou a ser responsável por 315.328 empregos e o municipal por 306.505 empregos. A grande mudança vai se dar na década de 1990, quando o setor público municipal passa a ter liderança dos empregos, totalizando quase 800 mil em 2002. Já o volume dos empregos federais, além de não apresentar crescimento nestas últimas décadas, perdeu capacidade de

absorção de mão de obra, decaindo de 98.528 empregos, em 1976, para 96.064, em 2002, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (MACHADO, 2005. p. 262).

Tabela 2. Expansão de empregos públicos no setor saúde na esfera municipal, década de 1970, 2002. Brasil

PERÍODO	QUANTITATIVO (%)
Década de 70	11% do total de empregos públicos no município.
Em 2002	65% do total de empregos públicos no município.

MACHADO, 2005.

O processo de descentralização marca uma mudança que ensejou nova organização social das práticas em saúde e, conseqüentemente, delimitou um novo campo, qual seja, o município que passa a se responsabilizar pela atenção primária à saúde da população e mais tarde adota, com indução do governo federal, a estratégia da saúde da família. De acordo com Teixeira (2012) experiências concretas na institucionalização das práticas de planejamento e programação em saúde no âmbito dos estados e municípios brasileiros foram sendo desenvolvidas.

Ou seja, a evolução do modelo de atenção à saúde no decorrer dos anos, estaria imbricado com a forma de condução do planejamento e da programação em saúde. Um exemplo disto é a conformação de práticas de planejamento em saúde com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil com base na prevenção de agravos decorrentes do período gestacional, parto e pós-parto que integra a programação local em saúde, com a linha de cuidado ao recém-nascido e da criança em sua primeira infância na agenda de puericultura e ao esquema vacinal definido pelo programa nacional de imunização (PNI).

Diversos elementos proporcionaram sustentação à política pública de redução da mortalidade infantil e envolveu desde o planejamento da dimensão estratégica até a conformação da programação local em saúde na APS, entendida como instrumento da dimensão operacional da política de saúde.

Nesse contexto, o município de Juiz de Fora (MG) instituiu o PDAPS que pretendeu contribuir com a superação do modelo de atenção à saúde fundamentado nas ações curativas e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, para um modelo que incluía a atenção adequada às condições crônicas. A PLS, parte integrante do PDAPS, foi regulamentada pela Portaria nº 2381/2015 (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2015) e Lei Complementar nº 049/2016 (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2016). Esses marcos normativos buscaram introduzir, além da PLS, as premissas para a implantação dos

instrumentos de gestão da clínica⁴ no âmbito municipal visando fortalecer a organização das ações e serviços prestados pelas EqSF.

Tal experiência é o objeto do presente estudo que analisou a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde em especial no que se refere ao uso da Programação Local em Saúde pelas Equipes de Saúde da Família, assumida como dispositivo para a política de fortalecimento e estruturação da ESF no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal.

Importante destacar que a motivação para escolha desse tema decorre das inquietações e vivência desse pesquisador no âmbito da APS do município de Juiz de Fora, onde atuou de 2014 até 2018 como subsecretário de atenção primária e coordenador do projeto de implantação do PDAPS.

É também desse lugar de gestor o olhar ao objeto de estudo, lugar de sujeito implicado na ressignificação das práticas, buscando deixar contribuições para o serviço como preconiza o modelo formativo do Mestrado Profissional.

Diante disso, o objetivo geral do estudo foi “Analisar o processo de implantação do PDAPS como contribuição à discussão da programação local em saúde”. Para o alcance desse objetivo, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- i. Descrever o processo de elaboração da programação local em saúde na ESF;
- ii. Verificar a utilização da programação local em saúde na organização das ações de saúde das EqSF;
- iii. Analisar os limites e possibilidades da programação local em saúde na ESF.

O cotejamento dos achados empíricos com a experiência pessoal do pesquisador e a literatura disponível pretendeu contribuir com a discussão sobre os sentidos da Programação Local em Saúde na ESF.

⁴ A Gestão da Clínica tem como objetivo assegurar padrões clínicos ótimos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade das práticas clínicas. Faz parte da construção de Sistemas Integrados de Serviços de Saúde e tem como recurso tecnológico os instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde – as linhas guias e os protocolos clínicos – a gestão de patologias, a gestão de casos, a auditoria clínica, os sistemas de informação gerencial, dentre outros (MENDES, 2011).

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

O objetivo do referencial teórico é fornecer elementos adequados ao desenvolvimento da pesquisa, sendo necessário para sua sustentação teórica (Yin, 2001) e demonstrando como a pesquisa se encaixa no campo de estudo. Delimitou-se algumas obras principais com as abordagens sobre a programação local em saúde, considerando a relevância e atualidade, para ajudar a compor o referencial da pesquisa.

3.1 CONCEITOS E ASPECTOS FUNDANTES

No aspecto histórico da programação em saúde, as autoras Schraiber, Vilasboas e Nemes (2014), indicam que ela foi proposta nos anos 60 na América Latina, sendo uma etapa do planejamento e vinculado ao método CENDES-OPAS. Tal método fundamentava-se na microeconomia direcionada à racionalidade dos serviços de saúde.

Ou seja, buscava-se a utilização eficiente dos recursos alocados nos serviços para o enfrentamento aos danos e agravos em saúde, assim como a priorização das ações selecionadas para tal enfrentamento no reconhecimento da limitação dos recursos.

No Brasil, o planejamento em saúde ingressa no contexto político institucional nos anos 60 com o programa Aliança para o Progresso no período da política desenvolvimentista. Esse planejamento fundamentava-se no método normativo, de caráter ascendente (do nível local ao nacional) com vistas a estabelecer um diagnóstico para respostas assistenciais a ser instituída pela política governamental (Rivera, 1989; Mendes, 1993; Nemes, 1993).

(...) ao planejamento é atribuído o papel de elemento de racionalização da política substitutiva a ser operada pelo Estado. O desenvolvimento é visto inicialmente como expansão do crescimento econômico, mas a partir de 1960, ao mero crescimento é acrescentado o objetivo da redistribuição por meio do desenho racional e da implementação de políticas sociais. Desse modo, o desenvolvimento integrado é o cenário discursivo em que aparece o Planejamento de Saúde, representado por um esforço metodológico desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento (CENDES), órgão criado na Venezuela (junto à Universidade Central) e apoiado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS). (RIVERA, 2008)

Pelo método CENDES-OPAS (1965), compreende-se o enfoque sistêmico de Programação de Recursos de Saúde com priorização dos danos à saúde que tende a privilegiar

os danos que apresentam um custo relativo menor por morte evitada. O enfoque do método remete a programação de recursos como normatização econômica das atividades de saúde.

O método tem vários méritos, como por exemplo, o privilégio concedido pela proposta de priorização de danos à prevenção; a proposta de uma atuação integrada, sistêmica; o estímulo à formulação de sistemas de custos, etc. Mas, a sua possibilidade de aplicação revelou-se muito precária devido ao baixo poder de interferência do Estado sobre o setor, dominado em boa parte por interesses privados. (...) O fato é que esse método foi qualificado como excessivamente tecnocrático, economicista, representando uma ilustração do paradigma normativo do planejamento. (RIVERA, 2008)

A formulação de enfoques alocando o planejamento como parte do fenômeno político é apresentado pelo documento intitulado 'Formulação de Políticas de Saúde'⁵, no ano de 1975, onde preconiza a participação de vários atores e a necessidade da viabilidade política e da estratégia. Nessa compreensão, o planejamento normativo abre o campo do planejamento estratégico, tendo como expoentes desse marco os autores Carlos Matus e Mário Testa.

Testa acompanhou a evolução do planejamento de saúde desde o CENDES. Responsável, junto com Matus, da crítica ao planejamento normativo, dedicou-se a formular uma proposta de explicação da problemática setorial (epidemiológica e organizativa), de natureza estratégica, que integra um diagnóstico administrativo, um diagnóstico estratégico e um diagnóstico ideológico. Testa evolui, na crítica a Matus, para a defesa de um enfoque de planejamento que não represente um excesso de formalização política. (...) O planejamento adota dentro dessa moldura o significado de práticas dialógicas a serviço do estabelecimento de consensos e de acordos sobre compromissos, perdendo a imagem de uma metodologia muito estruturada. (RIVERA, 2008)

Segundo Merhy (1995), aplicam-se quatro correntes de planejamento em saúde ocorridas no Brasil, conforme demonstrado na TAB 3.

Tabela 3. Correntes de pensamento do planejamento em saúde.

i) Gestão Estratégica	Corrente do Laboratório de Planejamento da Faculdade de Medicina de Campinas. Defende um modelo de gestão mais democrática. Inclui o Pensamento Estratégico de Testa, o Planejamento Estratégico-situacional de Matus. Apesar da ênfase que a escola atribui ao Atendimento Básico, ela tem uma boa experiência na parte hospitalar, na qual tentaram implementar seu modelo de gestão. A corrente introduziu os conceitos de acolhimento e vínculo. Preocupada com os microprocessos de trabalho assistencial, a escola introduziu novos
-----------------------	---

⁵ Documento formulado pelo Centro Panamericano de Planejamento de Saúde (CPPS).

	<p>instrumentos de análise como os fluxogramas analisadores e a formulação do conceito de Clínica do Sujeito, que integraria o melhor da clínica não degradada, um olhar voltado para a subjetividade dos usuários e outro para o contexto social de proveniência da problemática individual.</p>
<p>ii) Planejamento Estratégico Comunicativo</p>	<p>Corrente representado pelo Departamento de Administração e Planejamento de Saúde (DAPS) da Ensp/Fiocruz. Essa escola adere ao Planejamento Estratégico-situacional, não se limitando a ele. Com enfoque de planejamento e gestão estratégica de hospitais, adaptado da França⁶. Desenvolve uma reflexão de componentes de uma gestão pela escuta, como a liderança, a prática de argumentação ligada à negociação e à questão cultural, com alguma influência da escola da organização que aprende e de um ramo da Filosofia da Linguagem aplicada à gestão organizacional. O termo Comunicativo alude a uma aplicação da Teoria do Agir Comunicativo de Habermas sob a forma de parâmetro de crítica do paradigma estratégico.</p>
<p>iii) Vigilância à Saúde</p>	<p>Corrente representada por um grupo heterogêneo do ponto de vista geográfico. Postula um modelo de vigilância à saúde de modo a se poder pensar numa inversão do modelo assistencial e defende a necessidade de integração horizontal dos vários componentes do sanitarismo. Essa possibilidade de coordenação seria ensejada pela utilização do planejamento situacional, oriundo de Matus, no processamento de problemas transversais. A Vigilância à Saúde se caracterizaria por esse tipo de integração, mas também pela busca de uma atuação intersetorial, na linha da promoção à saúde, que seria o paradigma básico da Vigilância, alternativo ao paradigma flexeriano da Clínica. Contemplaria como um dos seus alicerces assistenciais a rede básica de atendimento, e primordialmente o modelo de Médico de Família. Hoje em dia, uma das principais</p>

⁶ Especificamente de Michel Crémadez

	<p>contribuições da escola é a proposta de Sistemas de Microrregionalização Solidária, como célula de um sistema regionalizado que avance na possibilidade de constituir sistemas integrados de saúde por oposição aos sistemas fragmentados.</p>
<p>iv) Ação Programática</p>	<p>Da Faculdade de Medicina da USP, esta corrente se evidencia pelas práticas experimentais de modificações das práticas assistenciais da rede básica de atendimento, enfatizando formas multidisciplinares de trabalho em equipe. Em relação à técnica de programação, a escola sustenta a necessidade de uma abertura programática por grupos humanos amplos, para além de um recorte patológico estanque. Enseja assim condições para uma abordagem mais integrada do atendimento. A problemática da integração e da coordenação é destacada. Atribui-se, tal como na escola da Vigilância, uma importância crucial ao uso inteligente da Epidemiologia Clínica e Social, como disciplina útil na possibilidade de programação das práticas de serviços, incluindo os clínicos. Alguns professores dessa escola têm desenvolvido, da mesma forma que a escola da Ensp, uma preocupação importante pelo ramo da filosofia da linguagem dentro da vertente comunicativa de Habermas. A escola considera que a busca da integração entre serviços básicos e hospitalares depende do estabelecimento de uma rede eficaz de conversações, ou seja, de processos comunicativos.</p>

(MERHY, 1995)

Integrante a conceituação aplicada ao planejamento em saúde, temos a programação em saúde germinada na segunda metade da década de 70 em São Paulo, inspirada em um modelo assistencial considerado inovador por introduzir na programação a articulação entre a assistência médica individual e as ações da saúde pública.

Isso aconteceria por meio da integração entre profissionais das ações de assistência à saúde e a equipe de vigilância epidemiológica (Schraiber, 1993). Tal releitura histórica apresenta a lógica para a organização da programação em saúde enfocando um esboço do princípio da

integralidade, enquanto arranjo para integração das ações individuais e coletivas no âmbito do SUS.

Com base nessas considerações, a programação local em saúde, no espaço de construção operacional do planejamento, se coloca como prática privilegiada no interior da gestão do Sistema Único de Saúde para o cenário das práticas das ações e serviços realizados nas UBS. Isso porque ela pode dar conta de uma série de questões relacionadas com a (re) orientação política no nível local, permitindo o desdobramento do planejamento em saúde de âmbito mais geral para o nível das EqSF, articulando com as estratégias de curto, médio e longo prazo das estratégias estabelecidas no Plano Municipal de Saúde.

Somando-se a isto, a programação local pode dar conta de questões ligadas a melhoria das ações técnico gerenciais⁷ que impliquem a busca e consolidação do apoio dos trabalhadores da ESF, assim como otimizar o melhor envolvimento e participação do Conselho Local de Saúde⁸ ao processo de mudança da organização e produção das ações e serviços da UBS. Ou seja, por permitir um gerenciamento do processo de organização local das ações e serviços locais, vinculado ao planejamento mais abrangente do município (Plano Municipal de Saúde), possibilita o desenvolvimento de um modelo assistencial territorializado, integrado, equânime, descentralizado e participativo (TEIXEIRA, 1994).

Portanto a programação local em saúde vem a remeter ao processo de descentralização para o detalhamento das operações das ações e serviços previstos no planejamento em saúde, como o Plano Municipal de Saúde, no âmbito de cada equipe de saúde da família integrante das Unidades Básicas de Saúde que compõe a estrutura de cobertura da Atenção Primária em Saúde.

Do ponto de vista das acepções empregadas, as autoras Schraiber, Vilasboas e Nemes (2014) distinguem os termos *programação em saúde* e *programas*. Este último é definido como uma série de intervenções com encadeamento cronológico das atividades. Já a programação em saúde, opera nos serviços com o funcionamento de um dado conjunto de programas (Hartz, 1998), podendo também ser entendido como um momento do planejamento (OPAS, 1965).

⁷ Entende-se por ações técnico gerenciais aquelas desenvolvidas pela coordenação no âmbito local das ESF's e o gerenciamento técnico das ações e serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Portanto, remete ao gerente de serviço no interior das UBS.

⁸ Grupo organizado da população adstrita à ESF, vinculado a estrutura organizacional do Conselho Municipal de Saúde.

Aqui, referimos ao Planejamento Estratégico Situacional (PES) que são divididos em quatro momentos, sendo o momento explicativo⁹, normativo¹⁰, estratégico¹¹ e o tático operacional¹².

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) apresenta flexibilidade para explicar as realidades complexas, assim como proporciona ferramentas adequadas para a análise e a intervenção na realidade concreta.

Embora o método tenha sido desenhado para ser utilizado no nível central, global, seu formato flexível possibilita a aplicação nos níveis regionais/locais ou mesmo setoriais, sem, contudo, deixar de situar os problemas num contexto global mais amplo, o que permite manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade. (Artmann, 2000)

Este planejamento mais aberto, para a autora, propõe que superar um modelo focalizado no cálculo, mas sim, vinculado às ações e resultados pretendidos.

Um primeiro conceito a ser destacado é a própria noção de planejamento, como um cálculo que precede e preside a ação. Este alargamento do planejamento para além do cálculo representa um avanço, na medida em que incorpora aspectos de gerência, aspectos organizacionais e a ênfase no momento tático-operacional, ou seja, no planejamento da conjuntura e na avaliação e atualização constante do plano. O planejamento passa a estar intrinsecamente vinculado à ação e aos resultados/impactos e não somente ao cálculo que antecede a ação. (Artmann, 2000)

Para Schraiber (1993), a programação em saúde também se configura como elemento de aspecto operacional do planejamento, uma vez que propicia a organização das atividades no território adscrito pelos serviços e estabelecimentos de saúde, relacionando a quantificação dos procedimentos com as diretrizes assistenciais emanadas pelas políticas públicas de saúde.

Em sequência a este entendimento da autora, o planejamento enunciado pelas políticas de saúde deverá favorecer a organização do conjunto de serviços e estabelecimentos de saúde configurando, desta forma, a oferta organizada da assistência. Tais conjuntos de serviços e estabelecimentos produzem, em última análise, a atenção à saúde de base territorial e hierarquizado, conforme os princípios e diretrizes do SUS.

Nessa mesma esteira de pensamento, a programação em saúde conecta o planejamento das políticas públicas de saúde às práticas empreendidas pelos profissionais de saúde, assim como conecta a organização dos serviços e estabelecimentos e seus fluxos assistenciais de

⁹ Momento explicativo, caracterizado pelo levantamento dos problemas que se busca solucionar.

¹⁰ Momento normativo, caracterizado pela descrição como deveria ser em condições ideais.

¹¹ Momento estratégico, caracterizado pela descrição das adversidades que se pode enfrentar durante o processo de implementação do planejamento.

¹² Momento tático operacional, caracterizado pela execução e do monitoramento das ações que se pretende implementar.

atenção aos usuários e a quantidade de procedimentos necessários para a cobertura da oferta pretendida. (Teixeira & Paim, 1990; Paim, 1993)

Portanto, a programação em saúde poderá configurar diversos arranjos moldando a oferta organizada de assistência, que por sua vez representará certa configuração de intervenção profissional, do funcionamento dos serviços e dos saberes técnico científicos induzindo, a depender das ações propostas, a produção de modelos assistências (Paim, 2007).

Destaca-se, que os saberes técnicos de base científica são os arranjos tecnológicos das práticas profissionais para a produção de saúde. Tais conhecimentos científicos e técnicos foram incorporados da clínica e da epidemiologia, que se apresentam no cotidiano do trabalho disponíveis nas atividades profissionais desenvolvidas nos serviços e estabelecimentos de saúde (Schraiber, 2014).

Portanto, as atividades profissionais traduzirão as respostas às necessidades de saúde, sendo ela a forma de interação entre a oferta organizada assistencial, através o arranjo dado pela programação em saúde, e o usuário. (Nemes, 2000; Peduzzi & Palma, 2000)

Em 1987, emerge o modelo assistencial das ações programáticas, de caráter experimental, que buscava outras formulações aos problemas identificados como a baixa comunicação entre os profissionais e usuários e a restrita vinculação do acesso às consultas médicas, denunciando a demanda espontânea com maior presença na porta de entrada da unidade de saúde.

Nesta última problemática, a ação programática buscava a articulação da recepção com as demais atividades programáticas da unidade de saúde. Referente a baixa comunicação entre profissionais e usuários, buscava-se as ações de comunicação nas das salas de espera, grupos e ações de promoção em saúde (Schraiber, 2014).

Por derradeiro, compreende-se as ações programáticas como elemento estratégico na estruturação da atenção primária em saúde (APS), em destaque para a efetivação do modelo das redes de atenção à saúde, haja vista que os distintos pontos de atenção à saúde constituem os nós da rede, mas o seu centro de comunicação está localizado na atenção primária à saúde.

Nesses casos, contudo, não há uma hierarquização entre os distintos nós, nem entre eles e o centro de comunicação, apenas uma diferenciação dada por suas funções de produção específicas e por suas densidades tecnológicas respectivas. Ou seja, não há hierarquia, mas poliarquia entre os pontos de atenção à saúde.

Segundo Mendes (2010), o centro de comunicação da rede de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contra fluxos do sistema de serviços de saúde, constituído pelo ponto de atenção primária à saúde. Para desempenhar seu papel de

centro de comunicação da rede horizontal de um sistema de serviços de saúde, a atenção primária à saúde deve cumprir três papéis essenciais: (i) o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; (ii) o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e (iii) o de responsabilização, de co-responsabilizar pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos da rede de atenção à saúde em que estejam.

Conceitualmente, as redes de atenção à saúde são:

(...) organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população. Desta definição emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; operam sob coordenação da atenção primária à saúde; e prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis. (MENDES, 2010).

De acordo com Paim (2006), modelos de atenção ou modelos assistenciais “são combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde, historicamente definidas”.

Podemos dizer que a assistência à saúde no Brasil está ancorada em dois modelos: i) Modelo médico assistencial privatista: atenção à saúde predominantemente individual e curativa, com um nítido predomínio do hospital sobre as demais alternativas de assistência; ii) Modelo assistencial sanitarista: unidades de saúde, a partir das quais se operacionalizam as campanhas, os programas e as ações de vigilância em saúde.

3.2. PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES DA PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE

A programação em saúde trouxe aspectos inovadores para o interior da política pública de saúde na perspectiva da integração das ações e serviços de saúde, sendo caracterizada pela

abordagem populacional como as campanhas de imunizações, abordagens a grupos prioritários de intervenção com ações estabelecidas nos programas verticais de determinadas doenças infectocontagiosas (Schraiber, 2014).

Somando-se a isto, induziu a conformação de uma rede horizontal de serviços por meio da técnica da programação em saúde proposta pelo método CENDES-OPAS, viabilizando a estimativa da necessidade de saúde em uma base territorial (Schraiber, 2014).

Ainda, contribuiu para a incorporação de controle de doenças no contexto comunitário através de ações extra muro ao serviço de saúde, como exemplo às visitas domiciliares, assim como as atividades de busca ativa e a criação de registro em arquivo único, bem apropriado, nacionalmente – em 1975 - pelo sistema de vigilância epidemiológica (Schraiber, 2014).

Pode-se evidenciar também, que a programação em saúde apresenta vantagens para o contínuo do cuidado na assistência aos quadros agudos quando recepcionados na unidade de saúde, considerando a organização das ofertas de consultas de retorno e seguimento do cuidado, seja através das atividades na própria unidade ou de forma a referenciar o cuidado ao nível subsequente de atenção (Schraiber, 2014).

Conforme a mesma autora, a programação em saúde possui vantagens para articular a percepção do usuário sobre a sua condição de saúde e a busca pela adequada oferta oportunizadas pelas ações preventivas ou de promoção em saúde, sendo um campo favorecedor para o enfrentamento do dilema da porta de entrada entre a demanda espontânea e as ações programáticas.

Do ponto de vista epidemiológico, a programação em saúde pode contribuir com o aporte de conhecimento sobre o território e a caracterização diagnóstica de base populacional, assim como favorecer a integração com as ações de vigilância epidemiológica e as ações direcionadas a programas mais relevantes frente a necessidade de saúde mais prevalente no território (Schraiber, 2014).

Como aspecto agregador para a estruturação da APS, a programação em saúde introduz o princípio da integralidade, princípio fundante do SUS e pressuposto basilar da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2017), considerando seus princípios tecnológicos para a organização da oferta de ações e serviços em saúde.

Da mesma forma, torna-se relevante a capacidade de introdução do princípio da integralidade haja vista que a APS possui papel de ordenadora da rede de atenção à saúde. Portanto, a programação em saúde pode contribuir com arranjos assistenciais oportunizando a integração de práticas individuais e coletivas na APS (Schraiber, 2014).

Nesse entendimento, a programação em saúde deve possuir coerência com a organização dos serviços e focalizar mudanças que tenham como resultados mais equidade no enfrentamento dos problemas de saúde (Rivera, 1989).

Segundo Rivera (1989), propõe-se alternativa de superação ao modelo normativo de programação, apresentando a planificação¹³ situacional e o enfoque da epidemiologia social como fundamento teórico em resposta ao modelo tradicional.

Tal enfoque, apregoa a relação necessária e correspondente entre critérios de condições de vida e acessibilidade, apesar de expor seus limites no reconhecimento sobre a capacidade de como aferir tais condições de vida.

Para este autor, a questão operacional do enfoque situacional consiste na identificação dos grupos humanos aliados em decorrência da desigualdade de distribuição de renda social (Rivera, 1989).

Portanto, tal enfoque estabelece no interior da programação em saúde a questão dos grupos humanos prioritários em decorrência das condições de pauperização das condições de vida, estabelecendo uma aproximação ao conceito de necessidades sociais.

Do ponto de vista teórico, o enfoque postula a necessidade de trazer para o interior da programação a função de produção a partir de grupo e subgrupos e seus problemas de saúde e não simplesmente pela oferta preexistente (Rivera, 1989).

O enfoque estratégico, segundo o autor, deve balizar a explicação dos problemas de saúde convergindo com os fatos de realidade (e toda a sua complexidade inerente a ela própria) sendo que tal premissa configura um requisito da programação em saúde, assim como sua característica flexível à mudança frente aos contextos de realidade.

Por fim, a programação em saúde para Rivera (1989) deve seguir os seguintes pressupostos metodológicos: i) programação como espaço de planejamento envolvendo atores sociais no processo; ii) transbordar os limites setoriais; iii) planejamento regional deve participar do mesmo movimento operacional e; iv) a programação em saúde como movimento de descentralização do aparelho institucional viabilizando a participação efetiva da população no planejamento.

¹³ Considera-se neste documento, para efeitos meramente conceituais, congênera a acepção empregada nos termos “planificação em saúde” e “programação em saúde”.

3.3. ALGUMAS CRÍTICAS E LIMITES DA PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE

Apesar do elevado potencial da programação em saúde para a resolutividade das doenças crônicas, considerando sua capacidade de atenção integral aos problemas clínicos e também sanitários, o modelo denunciava baixa capacidade de comunicação com os usuários dos serviços e estabelecimentos em saúde, sendo que denotava-se maior relevância aos produtos das intervenções do que os processos de interação entre profissionais e usuários (Schraiber, 2014).

Do ponto de vista crítico ao modelo da programação local em saúde, encontra-se fortemente o uso da epidemiologia clássica para estimar as necessidades de saúde das populações, recorrendo ao método CENDES-OPAS, que como visto alhures, fundamentava-se na racionalidade do uso de recursos (Schraiber, 2014).

Para Rivera (1989), o enfoque baseado na ampla análise do risco, proposto pelo método CENDES-OPAS define uma programação em saúde tradicional. Seu contraponto focaliza para um modelo teórico de programação diferente do simples cálculo econômico e que seja vinculado ao conceito amplo de necessidade de saúde, propondo o enfoque do planejamento estratégico situacional (PES) de Carlos Matus.

Portanto, Rivera (1989) destaca forte crítica a programação em saúde vergada ao modelo tradicional, cuja compreensão dirige-se ao método CENDES-OPAS. Além do aspecto mencionado anteriormente, o autor contrapõe o enfoque normativo como balizador do modelo, assim como afirma que tal modelo tradicional negligencia as condições de saúde, em decorrência do predomínio do conceito operacional sobre o conceito amplo do problema.

Ainda, segundo o referido autor, a programação tradicional enquanto técnica encontra-se divorciada da programação regional, assim como o afastamento dos atores sociais na formulação e implantação da programação, denunciando sua rigidez normativa, falta de comunicação entre o político e o técnico e excessiva centralização técnica ocasionando a separação entre o planejamento e a programação em saúde (Rivera, 1989).

Na reforma sanitária, a programação em saúde expressava baixa capacidade na mudança das relações pouco democráticas, não traduzindo diretamente os anseios da reforma e do campo da saúde coletiva (Paim, 2007).

Do ponto de vista epidemiológico, a programação em saúde traz direcionamentos frente a necessidade de saúde mais incidente e prevalente no território, em um determinado local e período.

4 | PROPOSTA METODOLÓGICA:

O método utilizado de estudo de caso possibilitou uma pesquisa mais ampla sobre o objeto de forma mais específica e de maior profundidade, permitindo aprofundar o conhecimento sobre ele e, assim, oferecer subsídios para novas investigações sobre uma mesma temática.

O estudo de caso teve como cenário as Equipes de Saúde da Família do município de Juiz de Fora, MG e pretendeu aprofundar o conhecimento acerca do fenômeno estudado, a partir da exploração de um único caso, além de investigar, como uma unidade, as características importantes para o objeto de estudo da pesquisa (YIN, 2003).

Para o delineamento do presente estudo de caso, enquanto metodologia de investigação, tomou-se a questão orientadora da pesquisa para dar subsídios a coleta dos dados visando estabelecer melhor compreensão do objeto como um todo. Ainda, no caminho metodológico, foi considerado o referencial teórico para a análise dos dados que foram coletados, permitindo o construto do plano de análise.

4.1 - CENÁRIO DA PESQUISA E PARTICIPANTES:

Fizeram parte deste estudo os profissionais das equipes de saúde da família que integram as equipes mínimas de programação constituídas por médico, enfermeiro, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O primeiro critério de elegibilidade foi que os profissionais da EqSF tenham participado das oficinas de implementação do PDAPS, no período de 2014 a 2016.

Foi realizada atividade de Grupo Focal com utilização de roteiro pré-definido a partir dos objetivos no projeto de pesquisa. Foi realizada análise documental das planilhas de Programação Local em Saúde (APENDICE D) de 09 (nove) ESF's onde atuam os profissionais participantes do Grupo Focal, assim como dos atos normativos e documentos oficiais publicados (APENDICE E), a partir da matriz teórica dos componentes operacionais da Planilha de Programação Local em Saúde, conforme descrito na seção 4.3.

Para a análise e interpretação dos dados coletados no Grupo Focal, foram utilizadas as categorias identificadas no referencial teórico como contributivas ou limitadoras da programação local em saúde e que conformam o plano de análise do estudo.

Por conveniência, optou por estudar 04 (quatro) EqSF que se enquadraram nos seguintes critérios:

- (i) Equipe mínima de programação – Médico, Enfermeiro e ACS, que atuam na ESF do município desde 2014, sendo que as equipes, obrigatoriamente, tenham participado das oficinas do PDAPS no período de 2014 e 2016;
- (ii) Que possuam características mínimas de representação na APS do município, sendo 01 (uma) ESF situada na região rural e 03 (três) na região urbana;
- (iii) Que estas estejam distribuídas entre as áreas de menor ao maior grau de vulnerabilidade e risco social, conforme quadro abaixo:

Tabela 4: Critério e variáveis para a seleção das EqSF para a coleta de dados da pesquisa.

Critério	Variáveis de seleção da ESF	Fonte para seleção
Equipe mínima de programação – Médico, Enfermeiro e ACS.	Existência de equipe mínima com os mesmos profissionais atuando na mesma equipe desde 2014.	SCNES, DATASUS/MS
Características mínimas de representação na APS do município	01 (uma) ESF situada na região rural e 03 (três) na região urbana.	SCNES, DATASUS/MS
ESF da região urbana estejam distribuídas entre as áreas de menor ao maior grau de vulnerabilidade e risco social.	01 (uma) ESF situada em área de maior vulnerabilidade; 01 (uma) ESF situada em área de menor vulnerabilidade e 01 (uma) ESF intermediária.	Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria de Desenvolvimento Social; Mapa Social de Juiz de Fora (2012)

Para o estabelecimento do quantitativo de 04 (quatro) ESF após a aplicação do critério pré-definido, foi utilizado o sorteio aleatório para a definição das ESF, visando obter, mesmo que de forma aproximada, o seguinte universo de participantes da pesquisa:

Tabela 5: Número esperado de participantes após a seleção para a coleta de dados da pesquisa.

Variáveis de seleção da ESF (1)	Nº de participantes após a seleção		
	Profissional Médico	Profissional Enfermeiro	Profissional ACS
01 (uma) ESF situada na região rural	01	01	01
03 (três) ESF situada na região urbana.	03	03	03
Sub Total de participantes	04	04	04
Total de participantes	12 participantes		

(1) Considerando as variáveis de seleção indicadas no Quadro 1 - Critério e variáveis para a seleção das ESF para a coleta de dados da pesquisa.

4.2 | TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS:

As informações do estudo são oriundas de três fontes: (i) grupo focal com 12 profissionais das ESF selecionadas; (ii) análise de documentos referentes à implantação do PDAPS em Juiz de Fora (Planilha de Programação Local em Saúde) e (iii) revisão da literatura conforme descrito no item 2.

Destaca-se que a condução do Grupo Focal foi realizada pela orientadora da pesquisa visando minimizar possível interferência na relação entre o pesquisador principal, ocupante de função gestora na Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora em período recente, e os trabalhadores participantes da atividade. Para a condução do grupo focal foi desenvolvido um roteiro, tabela 6, utilizado como dispositivo facilitador do condutor do grupo para o alcance dos propósitos da pesquisa, porém valorizou-se outras narrativas apresentadas pelos participantes. As questões do roteiro estão vinculadas aos objetivos da pesquisa e para orientação dos participantes do grupo focal foi apresentado a descrição e esclarecimentos visando o alinhamento conceitual e redução de incompreensões sobre o roteiro.

Tabela 6: Roteiro utilizado na condução do grupo focal

Objetivos Específicos	Roteiro
Introdução	Explicações iniciais e TCLE
	Informações gerais sobre os participantes e sua EqSF
Descrever a experiência da elaboração da programação local nas EqSF's;	Como foi a experiência na elaboração da programação local em saúde na sua equipe?
	Quais instrumentos ou recursos foram utilizados na programação local em saúde? Quem foram os participantes?
	Como a Programação interagiu com a organização: da oferta; do trabalho e da equipe?
Verificar a utilização da programação local em saúde na organização das ações de saúde das EqSF's;	Qual a sua avaliação sobre a utilização da Programação hoje?
	Sobre a organização das atividades no território, como vem sendo utilizado a Programação?
	Como a Programação interage com a organização: da oferta; do trabalho e da equipe?

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e de autorização de anuência da instituição (APÊNDICE B), conforme estabelecido pelas

normativas exaradas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), vinculado a Ensp/Fiocruz. A análise documental compreendeu as planilhas de Programação Local em Saúde (APÊNDICE D), pactuada com a gestão municipal sendo o instrumento utilizado pelas ESF e gestão para o acompanhamento e monitoramento do PDAPS, documento fornecido pela SMS de Juiz de Fora para a composição do presente estudo.

4.3 - PLANO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise e interpretação dos dados foram realizadas a partir dos elementos fornecidos pelo referencial teórico e dos objetivos que compõe o presente estudo como limitantes ou potencializadoras de uma programação local em saúde efetiva. Esse referencial de análise, tabela 7, não pretende expressar as distintas concepções sobre programação em saúde. Sua utilização pretendeu servir como subsidio para a elaboração do roteiro e análise das transcrições das falas do grupo focal, bem como para o auxílio complementar da análise documental.

Nesse sentido, as categorias adotadas para o plano de análise foram divididas em duas dimensões: contribuições e limites.

As categorias na dimensão “contribuições” são:

- (a) aspectos inovadores na perspectiva da integração das ações e serviços;
- (b) aporte de conhecimento sobre o território e a caracterização diagnóstica de base populacional, direcionando a programas mais relevantes frente a necessidades de saúde mais prevalente no território;
- (c) organização das ofertas de consultas de retorno e seguimento do cuidado;
- (d) programação em saúde dos grupos humanos prioritários em decorrência das condições de pauperização das condições de vida, estabelecendo uma aproximação ao conceito de necessidades sociais;
- (e) conexão entre os programas, enquanto uma série de intervenções;
- (f) organização das atividades no território produzindo a atenção à saúde de base territorial e hierarquizada e;
- (g) arranjos assistenciais oportunizando a integração de práticas individuais e coletivas na APS.

Enquanto limites, definiu-se as seguintes categorias de análise:

- (a) comunicação com os usuários dos serviços com maior relevância aos produtos das intervenções do que aos processos de interação entre profissionais e usuários;
- (b) predomínio do conceito operacional sobre o conceito amplo do problema;
- (c) pouco envolvimento de atores sociais no processo;
- (d) baixa comunicação entre profissionais e usuários e;
- (e) separação entre o planejamento e a programação em saúde.

Nesse sentido, o que se pretende é fornecer contribuições sobre o uso da Programação Local em Saúde na perspectiva das dimensões contributivas e limitadoras na organização das práticas das ESF's.

Por fim, destaca-se que o plano de análise foi utilizado como ferramenta de apoio na compreensão da realidade, sem a intenção de tê-lo como instrumento rígido para a análise dos dados coletados.

Tabela 7: Referenciais de análise para o estudo (1)

Objetivos Específicos	Categoria de análise	
	Contribuições	Limites
Descrever a experiência da elaboração da programação local nas ESF's;	Trouxe aspectos inovadores na perspectiva da integração das ações e serviços (Schraiber, 2014).	Baixa capacidade de comunicação com os usuários dos serviços com maior relevância aos produtos das intervenções do que os processos de interação entre profissionais e usuários (Schraiber, 2014)
	Pode contribuir com o aporte de conhecimento sobre o território e a caracterização diagnóstica de base populacional, direcionando a programas mais relevantes frente a necessidade de saúde mais prevalente no território (Schraiber, 2014).	Negligencia as condições de saúde, em decorrência do predomínio do conceito operacional sobre o conceito amplo do problema. (Rivera, 1989)
	Favoreceu a organização das ofertas de consultas de retorno e seguimento do cuidado (Schraiber, 2014).	Baixo envolvimento dos atores sociais no processo, inviabilizando a participação efetiva da população no planejamento.

	Estabelece no interior da programação em saúde a questão dos grupos humanos prioritários em decorrência das condições de pauperização das condições de vida, estabelecendo uma aproximação ao conceito de necessidades sociais. (Rivera, 1989).	
Verificar a utilização da programação local em saúde na organização das ações de saúde das ESF's;	Conecta os programas, enquanto uma série de intervenções	Há ações de comunicação através das salas de espera, grupos e ações de promoção em saúde, superando a baixa comunicação entre profissionais e usuários (Schraiber, 2014).
	Propicia a organização das atividades no território, seja na quantificação dos procedimentos ou nas propostas assistências emanadas pelas políticas públicas de saúde, produzindo a atenção à saúde de base territorial e hierarquizada	Excessiva centralização técnica ocasionando a separação entre o planejamento e a programação em saúde (Rivera, 1989).

(1) O objetivo específico “Analisar os limites e possibilidades da programação local em saúde nas ESF's”, se configura como categoria transversal aos demais objetivos.

4.4 - ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi elaborada considerando a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamentam a pesquisa com seres humanos no território nacional, assim como a Resolução N°510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana e a Resolução N° 580, de 22 de março de 2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse diapasão, reconhece-se os riscos da pesquisa em tela (diretos e/ou indiretos), apesar de mínimos aos participantes, pois o método – que neste caso trata-se de estudo de caso - estabelece uma relação entre o pesquisador e o objeto pesquisado. A realização da

pesquisa do tipo estudo de caso permanece um dos empreendimentos mais desafiadores das ciências sociais (YIN, 2015).

Assim, para resguardar o respeito aos princípios éticos assumindo irrestrito comprometimento com a presente pesquisa, a ser evidenciado na investigação, na análise e na forma de interação com o objeto pesquisado. Somando-se a isto, tomou na coleta de dados, através das entrevistas, a obtenção do consentimento informado que será claramente descrito, conforme modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE anexado ao presente documento. Referente aos dados coletados, para fins de análise documental, fica depositado as garantias de preservação dos dados, da confidencialidade e do anonimato dos indivíduos pesquisados.

4.4 - PROBLEMAS METODOLÓGICOS

Acerca dos limites estabelecidos pela pesquisa em tela, aponta-se a dificuldade de generalização dos resultados a serem obtidos, pois poderá ocorrer fenômeno atípico nas UBS/ESF selecionadas para investigação, apesar da utilização de critérios de seleção para a delimitação das unidades e participantes, conforme já apresentado neste percurso metodológico.

Sendo assim, o referido estudo de caso poderá trazer uma falsa certeza acerca das conclusões. Para mitigar tal circunstância, conforme apresentado por YIN (2015), foi elaborado um plano de estudo de caso que previna prováveis equívocos subjetivos.

5 –RESULTADOS

O processo de implantação do PDAPS, em Juiz de Fora, MG, pretendeu instituir a normalização dos atributos da Atenção Primária em Saúde (APS) no município, a partir de 2013, por meio dos instrumentos de gestão do cuidado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e organização das práticas de trabalho pelas equipes de saúde da família (EqSF).

Nos objetivos estabelecidos pelo PDAPS, conforme descrito no caderno do projeto intitulado **‘A Estratégia de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde - PDAPS – Juiz de Fora’**¹⁴ (2014), destacavam-se: i) Normalizar a APS, por meio dos Instrumentos de Gestão do Cuidado a serem implementados nas ESF’s; ii) Favorecer a reorganização do sistema municipal de saúde com vistas à consolidação do sistema integrado de serviços de saúde, através do fortalecimento da APS; iii) Ampliar a qualidade da atenção primária à Saúde e reduzir as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial e iv) Fortalecer a participação e envolvimento do Controle Social através da validação dos instrumentos / processos do PDAPS.

A implantação do PDAPS deu-se por meio de oficinas sistematizadas para a implementação dos instrumentos de gestão do cuidado, que orientavam os processos de organização das ações e serviços prestados nas UBS. Para tal, os instrumentos normalizados foram: Territorialização; Regulação do Acesso às Consultas Médicas; Processos básicos de Enfermagem; Conduta de Manejo das Condições Agudas; Classificação de Risco; Conduta de Manejo das Condições Crônicas (diagnóstico local, programação local em saúde) e, por fim, o monitoramento e contrato de gestão com as equipes das UBS.

Este Plano almejou consolidar a Estratégia da Saúde da Família em Juiz de Fora, bem como qualificar o processo de trabalho de toda a rede de Atenção Primária, cujo processo de implantação participou mais de mil trabalhadores da saúde diretamente envolvidos em reuniões, oficinas e capacitações, desenvolvendo a implantação de instrumentos de diagnósticos da situação e da gestão da saúde, que propiciou os encontros, os debates e a construção coletiva.

A crítica formulada anteriormente ao PDAPS foi a execução das políticas de APS no município que se mantinham inalteradas frente as mudanças demográficas e epidemiológicas. Portanto, a implantação do PDAPS se justificava sustentado em instrumentos de gestão

¹⁴ Este documento foi elaborado, a partir da adaptação e contextualização do PDAPS/SES-MG / ESP-MG (2008), pela Secretaria Municipal de Saúde (SS/PJF) por intermédio da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS) de Juiz de Fora, MG, com o objetivo de introduzir o Projeto de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde no município.

indutores de políticas planejadas criando uma capacidade geradora de conhecimentos pelos diversos atores sociais, favorecendo as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, assim como de uma prática de gestão embasada na programação local em saúde como organizadora das práticas assistenciais nas ESF's.

Este era o ambiente inicial onde circunscrevia a fase de formulação do PDAPS, especialmente a etapa da programação local em saúde, marcada fortemente pela discussão da superação do modelo tradicional de saúde para um modelo que correspondesse também o manejo às condições crônicas e sendo coordenado pela APS.

O documento, intitulado de *Projeto para Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS)*, (2014) continha as premissas metodológicas para a implantação dos instrumentos de gestão do cuidado que deveriam, obrigatoriamente, instituir normas (decretos, portarias e/ou resoluções) que institucionalizassem a organização das ações e serviços prestados nas ESF.

Ao final de sua implantação, o PDAPS normatizou a APS à luz da gestão do cuidado, no manejo das condições crônicas, com a incorporação e utilização da programação local em saúde. Nesse sentido, observou-se a institucionalização das ferramentas através de publicações de um conjunto de resoluções do Conselho Municipal de Saúde e de portarias da Secretaria Municipal de Saúde, configurando um rol de atos normativos regulamentadores da APS em Juiz de Fora, MG.

Oportuno resalte-se, portanto, que a implantação do PDAPS através da incorporação da programação local em saúde foi utilizada para a parametrização de metas, para o alcance dos indicadores pactuados e instituídos nos instrumentos de planejamento mais abrangente, em especial o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Ou seja, utilizou-se da programação local em saúde, enquanto instrumento de aspecto operacional e que conectou com o planejamento mais amplo da política pública de saúde do município.

Da mesma forma, a programação local em saúde apresentou potencial indutor para o fortalecimento progressivo do modelo de atenção à condição crônica no município, considerando seu conjunto de ações estratégicas para a implantação de tal modelo de atenção, conforme preconizado pela Portaria GM/MS nº 252/2013¹⁵.

A proposta de introduzir um conjunto de ações, sistematizadas em reuniões e oficinas de maneira organizada e planejada visou constituir um cenário capaz de induzir o

¹⁵ PORTARIA Nº 252, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2013 que Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora. Ao considerar a situação em 2013 da APS¹⁶, tornou-se necessário um plano de intervenção que induzisse uma nova agenda para a APS centrada na superação dos problemas que limitavam a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e toda a rede de APS, propondo uma atuação para além da oferta de consultas médicas.

As seções seguintes apresentam os resultados observados e evidenciados através da análise das documentações oficiais coletadas, em especial a planilha de programação local em saúde das ESF's selecionadas, do conjunto dos atos regulamentadores publicados, do contrato de gestão e das agendas programadas.

Serão apresentados ainda os resultados observados na realização do grupo focal, onde foi possível obter um enquadramento mais aprofundado dos limites e contribuições da programação local em saúde, considerando a percepção fornecida pelos trabalhadores das equipes, a partir de questões disparadoras alicerçadas nos objetivos da pesquisa.

5.1 - BREVE CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Juiz de Fora, MG, possui uma das mais altas expectativas de vida do Brasil, ocupando lugar de destaque em Minas Gerais, seja em qualidade de vida ou investimentos. Do ponto de vista demográfico, o município possui 568.873 pessoas, de acordo com análise específica do Censo Demográfico IBGE¹⁷ de população estimada em 2020.

Por outro lado, o município possui baixo desempenho de infraestrutura e serviços quando comparado aos municípios do entorno, tanto no estado de Minas Gerais quanto no estado do Rio de Janeiro, estado circunvizinho com 35 km de distância da divisa e que exerce relativa influência no município de Juiz de Fora.

A proximidade entre Juiz de Fora e os municípios fluminenses, favorecem a migração ocasionada pela utilização da cidade como distribuidora de serviços demandados pelos cidadãos da região (PMS, Juiz de Fora. 2018). Referente ao índice de Desenvolvimento Humano - IDHM, Juiz de Fora está colocada em 7º lugar entre os municípios mineiros, para este indicador, de acordo com o último levantamento publicado no Atlas de Desenvolvimento Humano de 2017.

¹⁶ Falta de médicos, associada à concepção ideológica da APS, à infraestrutura inadequada, modelo de atenção centrado nos eventos agudos, ausência de equipe multiprofissional, fragilização das relações de trabalho com vínculos precários, fragilidade gerencial das UBS's e inexistência de sistemas de informações clínicas.

¹⁷ Fonte: IBGE. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/juiz-de-fora.html?>. Acesso em 17 de novembro de 2020.

Acerca da organização da rede de atenção à saúde, o município de Juiz de Fora localiza-se na Região de Saúde Ampliada Sudeste¹⁸, delimitada pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR¹⁹ adscrevendo um território composto por 94 municípios e que abrange 1.584.338 de pessoas, conforme os dados do IBGE.

Referente ao perfil epidemiológico, a região possui alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito até os 40 anos e acima desta faixa etária, alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC - AVE) (PMS, Juiz de Fora. 2018).

Na região existe considerável oferta de equipamentos de saúde, sobretudo para tratamentos de nível mais complexo, em especial para oncologia e cardio-vascular. A maior parte dos serviços ofertados, que concentram maior densidade tecnológica, localizam-se no município de Juiz de Fora, sendo que aproximadamente 95% das solicitações de internações e transferências inter-hospitalares encontram resposta na oferta instalada na própria Região Ampliada.

Um dos principais problemas enfrentados na Região de Saúde Ampliada Sudeste relaciona-se à regulação em saúde, em especial a transferências inter-hospitalares, assim como a existência de problemas relacionados à regulação pré-hospitalar. Ainda, sem afastar os atuais dilemas na organização da regulação assistencial, evidencia-se excessivo tempo de espera para as consultas nas especialidades médicas no âmbito do SUS municipal, além da candente necessidade de fortalecimento da rede de atenção às condições crônicas.

Acerca da conformação da Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora dispõe de 63 Unidades Básicas de Saúde – UBS sendo, das UBS; 19 unidades implantadas no modelo tradicional e o restante no modelo da Estratégia da Saúde da Família.

¹⁸ Sobre as Regiões de Saúde, a Constituição de 1988 prevê a descentralização, sendo regulamentada pela Lei 8080/91 e posteriormente recebeu novo disciplinamento com o Decreto 7508/2011. No estado de Minas Gerais, as regiões de saúde estão dispostas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), sendo que o município de Juiz de Fora encontra-se na Região de Saúde Ampliada Sudeste. Para configurar uma Região de Saúde são requisitos mínimos a disponibilidade de ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, vigilância, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Tais regiões são referência para a transferência de recursos financeiros e para sua otimização é vital a pactuação de responsabilidades e fluxos. Para tanto, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e seus espaços acessórios, são as instâncias primordiais de decisão e acompanhamento.

¹⁹ O Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais compreende 13 Regiões Ampliadas de Saúde e 77 Regiões de Saúde, em 2019. Essa divisão considera a complexa realidade do Estado com grande extensão territorial. As regiões são conformadas para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde em busca de maior resolutividade e qualidade da assistência, garantindo escala e escopo para as ações e serviços ofertados à população adscrita. Tanto as Regiões de Saúde quanto a Região Ampliada consideram, na sua conformação, aspectos relacionados à oferta de serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011).

A cobertura por equipes de atenção básica no município atingiu, no último quadrimestre de 2020, a população estimada de 341.550 habitantes residentes na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família e 85.950 habitantes residentes na área de abrangência das equipes implantadas no modelo tradicional, mista e PACS. (MS, 2020)

A Secretaria de Saúde deu andamento, nos últimos anos, à implementação dos “Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)”, seguindo a regulamentação da Portaria Interministerial nº 1.124/15; além dos trabalhos do PET-GRADASUS 2016/2017; como também aos trâmites necessários à regulamentação da Lei Complementar nº 049/2016 que institui no município o incentivo financeiro para o desenvolvimento do PDAPS, através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB).

Referente a participação popular e o controle social, Juiz de Fora possui um Conselho Municipal de Saúde (CMS) atuante, paritário e com caráter deliberativo sobre as políticas públicas de saúde, considerando que suas atividades são regulares sendo realizadas as reuniões ordinárias mensalmente.

Vincula-se ao CMS, 62 Conselhos Locais de Saúde, de caráter consultivo, reunindo as lideranças locais de forma bastante capilarizada, inclusive nas regiões rurais do município. Também possui uma Ouvidoria de Saúde, com atividades regulares, ordinárias e atuante no papel a ela concernente, realizando com frequência pedidos de demandas junto a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora.

5.2 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE JUIZ E FORA, MG

5.2.1 - Aspectos físicos e estruturais

A análise anterior a implantação do PDAPS e com a incorporação da programação local nos revelou alguns aspectos do ponto de vista estrutural. A concepção vigente de um sistema piramidal com níveis de complexidade que iam da atenção primária à média e alta complexidade, teoricamente insustentável, porque parte de uma premissa de que a atenção primária à saúde é menos complexa²⁰ que os níveis de atenção de média e alta complexidade.

²⁰ Importante esclarecer que a compreensão da APS seria de alta complexidade, porém de baixa densidade tecnológica, dado os seus complexos atributos como centro comunicacional e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

As tecnologias mais complexas estão na atenção primária à saúde; elas são menos densas e menos caras, mas são as mais complexas num sistema de saúde. A visão hierárquica, além de conceitualmente equivocada, determina, no campo operacional, resultados desastrosos, expressos na banalização da atenção primária à saúde, aproximando-a de uma atenção primitiva que pode ser feita com poucos recursos e ofertada, especialmente, a regiões e populações mais pobres (Mendes, 2010).

Nesse sentido, um aspecto anteriormente existente à implantação da programação local reside na desproporcional valorização das condições agudas em relação às condições crônicas. Esse modelo de atenção à saúde, numa situação de dupla carga das doenças, tem resultados muito desfavoráveis porque as condições crônicas, que são responsáveis por 2/3 da carga das doenças, não respondem bem a ele, resultando em baixos níveis de resolutividade.

Observou-se o propósito do PDAPS, especialmente com a incorporação da programação local em saúde, em reverter o modelo tradicional e fortalecer a atenção às condições crônicas e, concomitantemente, às agudas, cuja organização da rede (pelos fluxos de referência e contrarreferência) esteja sob a coordenação da atenção primária em saúde.

Destaca-se o aspecto observado anteriormente a incorporação da programação local no tocante a inexistência de gestão do cuidado sistematizada nos processos de trabalho das ESF. A ausência dessa gestão fragilizava o manejo adequado das condições crônicas pela APS. Poucas UBS utilizavam, de maneira sistemática, os *guidelines*²¹ em seu processo de trabalho, revelando a ausência da programação como instrumento de gestão de cuidado junto à população adscrita às unidades, privilegiando as demandas espontâneas.

O modelo praticado, anteriormente, na APS em Juiz de Fora era o “agudocêntrico” sem o cuidado longitudinal às condições crônicas, majoritárias enquanto carga de doença. As UBS defrontavam-se com o atendimento às condições agudas ou agudizações da condição crônica, que apareciam nas filas da porta das UBS. Esse modelo, notadamente, eleva os custos de saúde, aumenta as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial e, conseqüentemente, reduz a resolutividade desse nível de atenção, além de gerar percepção negativa pela população dos serviços prestados.

²¹ As linhas-guias e os protocolos clínicos são os principais instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde. As linhas-guias normalizam todo o processo de atenção, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da atenção primária à saúde. Os protocolos/linhas-guias devem conter as Planilhas de Programação Local, que discriminam os resultados esperados, os principais indicadores com as atividades e os parâmetros preconizados (MENDES, 2002).

Outro aspecto, problema ainda evidenciado mesmo após a implantação do PDAPS, está nas relações de trabalho e no emprego dos profissionais das ESF's, expresso na fragilidade dos vínculos, com alto percentual de *turnover*.

Também prevalente, Juiz de Fora convive com um modelo misto de Atenção Primária à Saúde: a Estratégia da Saúde da Família - considerada uma estratégia de transformação do modelo assistencial, com proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência - e as equipes tradicionais. Em Juiz de Fora, a Estratégia da Saúde de Família (ESF), implantada em 1995, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação desta estratégia necessita, entretanto, ser sustentada por um processo de substituição gradativa da rede básica de serviços tradicionais e pela utilização de indicadores específicos que permitam monitorar e avaliar os resultados que impactam na melhoria da qualidade de vida da população. Os resultados poderão indicar a necessidade de expandir o modelo.

A rede de ações e serviços de atenção primária em Juiz de Fora está constituída por 63 (sessenta e três) UBS distribuídas nas 7 (sete) regiões administrativas e em 12 (doze) regiões sanitárias. Nestas UBS, existem 99 (noventa e nove) equipes da ESF e 29 (vinte e nove) equipes tradicionais²², mista ou PACS²³, totalizando o quantitativo de 128 (cento e vinte e oito).

A cobertura total dos serviços e ações na APS (ESF somada às Tradicionais, mista e PACS) corresponde a 75,15%, estando cerca de 24% da população em área descoberta de serviços e ações da atenção primária. A cobertura pela ESF corresponde a 60,04%, perfazendo 15,11% da população coberta com o modelo tradicional, mista ou PACS.

Ressalta-se que o cálculo dessa cobertura toma por base dados populacionais da abrangência destas equipes; porém, a população descoberta da atenção primária pode ser maior, quando se considera a cobertura calculada com base nas equipes consistidas no sistema de informação do Ministério da Saúde.

Tabela 8: Análise de cobertura da APS em Juiz de Fora, 2020

TIPOLOGIA	QTDE.	POPULAÇÃO	
		Nº	%
ESF	99	341.550	60,04%
TRADICIONAL/ MISTA/PACS	29	85.950	15,11%
TOTAL	128	427.500	75,15%

²² Denominado de 'eSF equivalente' pelo Ministério da Saúde.

²³ Denominado de 'EAB Parametrizada Cob.' pelo Ministério da Saúde.

População IBGE (2010)	568.873	100%
População Descoberta	141.373	24,85%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica

Período: dezembro de 2020

Ministério da Saúde - MS

Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS

Departamento de Saúde da Família - DESF

5.2.2 - Aspectos sócio epidemiológicos

Os indicadores de mortalidade e de morbidades mostram uma concentração nas condições crônicas. De acordo com as informações sobre internações hospitalares disponibilizadas pelo DATASUS, do Ministério da Saúde, assim como no Plano Municipal de Saúde/SMS/PJF (2014-2017), a prevalência da morbi-mortalidade por condições agudas decorrentes de causas externas e de agudização de condições crônicas é elevada e encontra-se em tendência crescente, havendo maior prevalência das doenças do aparelho circulatório, respiratório e de transtornos mentais.

Isso significa que o perfil epidemiológico de Juiz de Fora reflete as mudanças que vêm ocorrendo na situação de saúde da população em geral, com altos índices de doenças crônicas, manutenção e modificação do quadro de doenças infecciosas (condições agudas) e aumento das causas externas, o que implica na necessidade de mudanças nos serviços de atenção à saúde, além de abordagem integral, de equipes multiprofissionais, tecnologias de conhecimento, promoção e prevenção, diagnóstico e tratamentos mais rápidos, evitando maiores custos e sobrecarga dos serviços de alta tecnologia.

Somando-se a isto, os hábitos como o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e a manutenção de índices elevados de hipertensão arterial são causas de agravamento de doenças, internações de urgência e emergência e de mortes prematuras.

Portanto, o forte predomínio de condições crônicas, não pode ser respondido, de forma resolutiva, por sistemas de saúde organizados de forma fragmentada e voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas.

O município de Juiz de Fora apresenta dupla carga de doenças (ou tripla carga, considerando-se as causas externas) ocorrendo, de maneira inequívoca, a prevalência nas condições crônicas. “Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às

condições agudas não funciona. (...) Devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas.” (MENDES, 2002).

Mesmo com a implantação do PDAPS, não foi possível avaliar a mudança do modelo de atenção à saúde praticado pela APS em Juiz de Fora nos aspectos de focalização na assistência às condições agudas, agindo nas agudizações das condições crônicas.

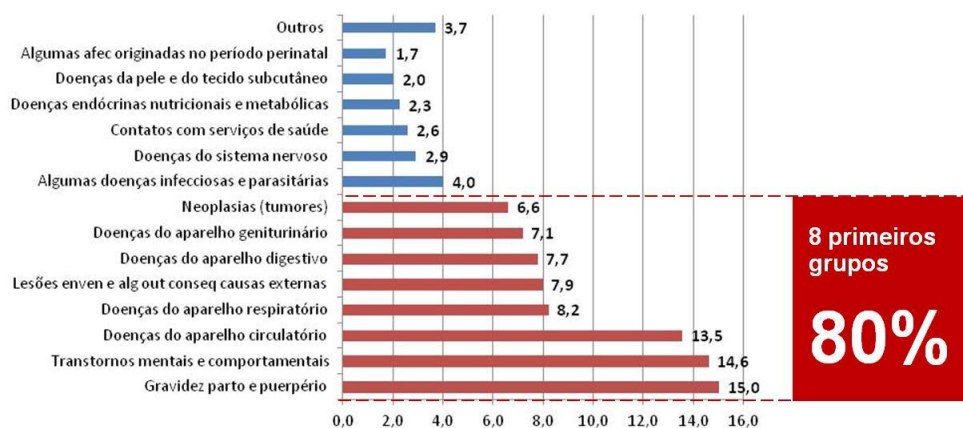
Esse aspecto representa um alto custo em saúde, considerando que reduz a capacidade da APS no enfrentamento às condições sensíveis à atenção ambulatorial e, conseqüentemente, reduzindo a resolutividade deste nível de atenção.

Observou-se elementos intrínsecos ao PDAPS, especialmente pela introdução da programação local em saúde, para o enfrentamento deste quadro epidemiológico, na adoção de medidas de promoção à saúde, organização dos serviços para atendimento às condições crônicas, ações de vigilância em saúde, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários e a melhoria na qualidade dos serviços prestados à gestante durante o pré-natal, parto e pós-parto e ao recém-nascido.

Entende-se que o propósito do Plano possui características para mitigar o modelo tradicional, focado nas condições agudas de atenção na APS.

A distribuição das principais causas de internação, segundo grandes grupos de causas da CID 10, pode ser visualizada no GRAF. 1.

Gráfico 1: Morbidade - Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas – CID 10.

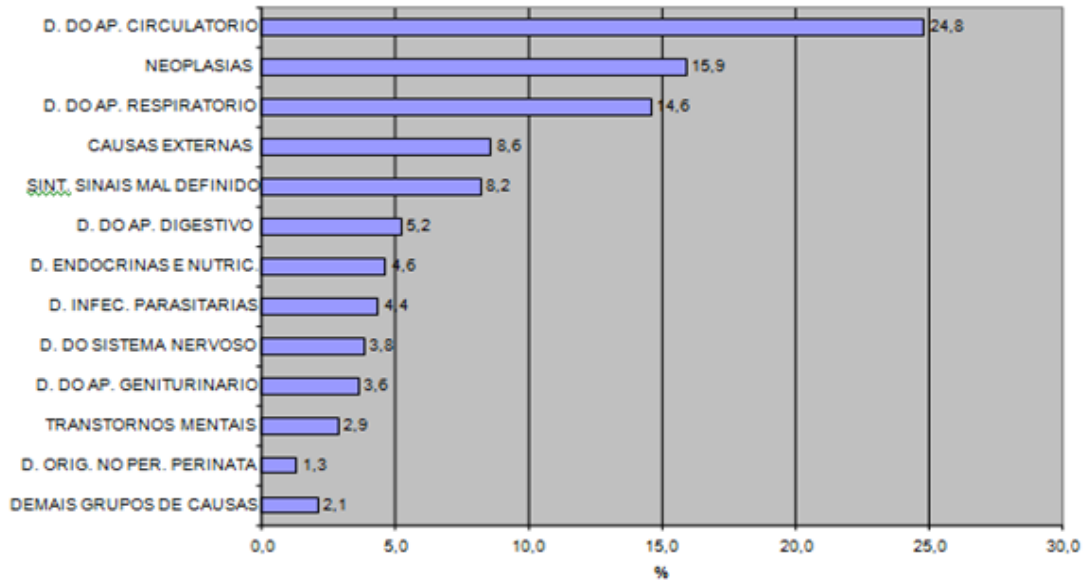


Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

Dentre as principais causas de internações, segundo grandes grupos de causas da CID 10, conforme pode ser visualizado no Gráfico 2, destacam-se as doenças do aparelho

circulatório, com 24,2% de participação, as neoplasias com 15,9%, doenças do aparelho respiratório com 14,6% e as causas externas contribuindo com 8,6%.

Gráfico 2 – Mortalidade proporcional por grupos de causas (CID 10) – Juiz de Fora – 2017.



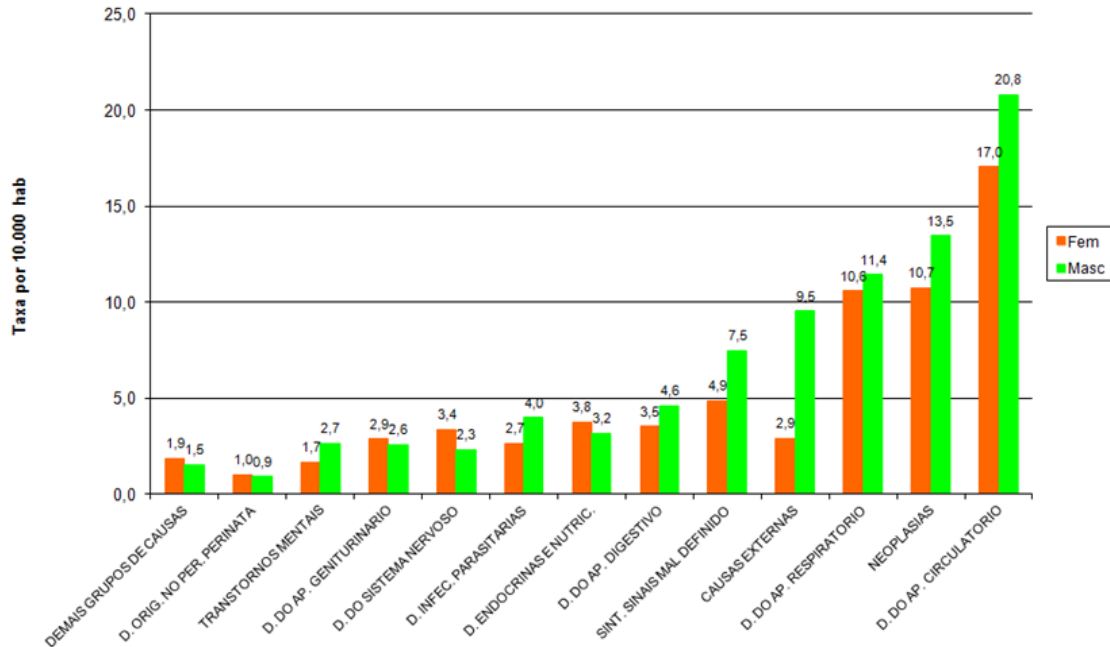
SIH/SUS, base de dados coletados em maio de 2017.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) respondem por 70% das causas de morte no Brasil (Brasil, 2011) e pela maior parte das despesas na assistência ambulatorial e hospitalar.

Além disso, impacta negativamente na economia brasileira, pelo crescimento da epidemia das mesmas, que altera a produtividade e a renda familiar (PMS, 2014-2017, p. 21).

Há que ressaltar o aumento de óbitos por agressão, alcoolismo e câncer de próstata, o que indica a necessidade de medidas preventivas que possam resultar na melhoria desses indicadores (PMS, 2014-2017, p. 22).

Gráfico 3: Taxa bruta de mortalidade (por 10.000 hab.) por grupo de causas e gênero, Juiz de Fora, 2017



SIH/SUS, 2017.

Ao analisar alguns principais indicadores da Saúde da Mulher, observam-se no município de Juiz de Fora, segundo o DATASUS, a falta da busca ativa das gestantes em área descoberta gerando falta de acesso as ações de pré-natal e continuidade do cuidado ao recém-nascido e à puérpera etc. Ainda, a existência de área descoberta gera dificuldade para identificar e captar precocemente as crianças, iniciando de forma oportuna a puericultura.

Ao analisar alguns dos principais indicadores do Controle de Hipertensão Arterial Sistêmica, observa-se que a presença significativa de área descoberta, especificamente de unidades que não possuem a Estratégia da Saúde da Família (ESF) favorece a ausência de busca ativa e de identificação de pessoas com hipertensão e/ou com exposição a fatores de risco para essa doença na comunidade, assim como ausência de orientação para o autocuidado.

Diante deste cenário, composto pelos dados socioepidemiológicos e estruturais da APS e pela necessidade de fortalecimento do modelo de atenção voltado à condição crônica, atinente as atuais necessidades da população, apresentou-se como proposta de enfrentamento a estes problemas, a implantação do PDAPS com a incorporação da programação local em saúde no município de Juiz e Fora.

5.3 - AS OFICINAS DE IMPLANTAÇÃO DO PDAPS E A INCORPORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE

A metodologia de implantação previu a instrumentalização dos processos de gestão do cuidado por meio de oficinas e reuniões sistematizadas junto às equipes das UBS.

Esse processo partiu da formação de agentes multiplicadores e da atuação direta dos supervisores das unidades e terminou na realização dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e/ou normativas regulamentando a aplicação dos instrumentos trabalhados nas oficinas em cada uma das ESF.

As intervenções das oficinas envolveram ações integradas nas seguintes áreas: Diagnóstico local da atenção primária à saúde; processos de territorialização, cadastramento das famílias por riscos sociais; definição da situação de saúde local; organização dos processos de trabalho, o que envolve os processos de humanização e acolhimento dos usuários; a organização da atenção programada (programação local em saúde) por ciclos de vida, condição de saúde e patologia; a organização da atenção às urgências através do acolhimento à demanda espontânea; implantação do prontuário familiar; e implantação da gestão da clínica, por meio da introdução das linhas-guia com a utilização da tecnologia de gestão de patologia - o que implica a programação local e a gestão do monitoramento das produções assistenciais.

Foram realizadas oficinas para alinhamento conceitual e desenvolvimento de habilidades para a construção dos instrumentos no contexto de atuação de cada ESF. As oficinas foram dirigidas aos Supervisores e Facilitador que atuaram como articuladores nas oficinas locais para capacitação dos profissionais das ESF (oficinas de dispersão).

A condução das oficinas locais foi de responsabilidade do facilitador e do Supervisor de cada unidade. As oficinas foram realizadas em local e horário adequado e, quando necessário, no próprio local e no/em processo de trabalho. O material necessário para as oficinas foi fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Foram utilizados textos de apoio e guias específicos para cada momento / oficina. O guia ou texto de apoio, além do conteúdo, apresentou orientações sobre as várias atividades das oficinas, comentários, referências bibliográficas e dicas para o facilitador e Supervisores das UBS. A Secretaria Municipal de Saúde foi responsável pela elaboração e impressão dos guias e textos de apoio.

Cada oficina/reunião foi seguida por um período de dispersão onde os facilitadores, Supervisor e os trabalhadores realizavam as tarefas específicas de cada etapa. No período de

dispersão das oficinas locais, os trabalhadores realizavam as tarefas específicas de cada oficina que diziam respeito à implantação dos instrumentos de gestão da APS. No primeiro dia de cada oficina eram apresentados os resultados do período de dispersão.

Após esse processo, a UBS apresentava ao Conselho Local de Saúde, com pauta previamente estipulada, o instrumento de gestão da APS desenvolvido para discussão e aperfeiçoamento junto os conselheiros, muitos dos seguimentos dos usuários.

5.3.1 – A oficina de incorporação da Programação Local em Saúde.

As oficinas para implantação dos macroprocessos para a condição crônica, momento em que foi executado a incorporação da programação local de saúde, foi desenvolvida em quatro etapas: cadastro e estratificação da população, modelagem da programação local utilizando as linhas de cuidado (por condição de saúde) e dos parâmetros assistenciais, construção da agenda programada e, por fim, a normatização do processo através de decisão deliberativa dado pelas resoluções do Conselho Municipal de Saúde e da homologação pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, por via das portarias regulamentadoras.

Tabela 9: Macroprocesso para atenção à condição crônica

Momento: Macroprocesso para atenção à condição crônica	Cadastro e estratificação da família
	Implantação da Programação Local / Linha de Cuidado
	Implantação da Agenda programada
	Normatização do processo

(PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2014)

Tabela 10: Detalhamento dos Momentos do PDAPS referente a implantação da programação local em saúde e da agenda programada.

Incorporação da Programação Local em Saúde	
Objetivo	a) Aplicar os instrumentos de programação local (planilhas para programação de ações de saúde na atenção aos usuários por ciclo de vida condição e/ou patologia); b) Definir os princípios, critérios, periodicidade e responsabilidades na construção das agendas das UBS; c) Elaborar a programação local das UBS

Público	Profissionais das equipes de saúde, técnicos do nível central (SMS) e Conselheiros de Saúde
Produto final	a) Programação Local em Saúde b) Agenda Programada
Normatização	Portaria regulamentando a Programação Local no município; Resolução do CMS

(PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2014)

5.3.2 - Operacionalização

O maior desafio para a implantação do PDAPS em Juiz de Fora foi a operacionalização do Plano, em especial a incorporação da programação local em saúde. O número de unidades (63 ao todo) somando ao quantitativo de trabalhadores (em torno de 1.200) que operam a Atenção Primária em Saúde na linha de frente nas UBS, resultaram numa complexa operação para instrumentalizar todos os agentes envolvidos.

Participaram das oficinas/reuniões todos os trabalhadores das UBS's. Os participantes participaram integralmente de todas as atividades de instrumentalização; e se responsabilizou pela implantação, nos períodos de dispersão, conforme as orientações específicas de cada oficina.

Os facilitadores foram, preferencialmente, o supervisor e um profissional da equipe da ESF. Cada dupla de tutores se responsabilizou por uma turma com, aproximadamente, 20 facilitadores. Os facilitadores qualificados nas oficinas com os tutores realizaram as oficinas de dispersão nas UBS de origem.

As Oficinas com Tutores (concentração) ocorreram em 3 etapas: apresentação do momento de dispersão (oficina anterior); alinhamento conceitual do tema da oficina e exercício prático dos instrumentos utilizando situações exemplificativas.

As Oficinas nas UBS (dispersão) ocorreram em 2 momentos: alinhamento conceitual e exercício prático utilizando os instrumentos a partir da realidade local. Já os momentos de dispersão ocorriam ao longo dos 30 dias (destinados à produção dos instrumentos pelas equipes), sendo este o intervalo entre as oficinas dos Tutores. Cada oficina, a partir da segunda, foram abertas com a apresentação dos produtos produzidos pelas ESF no período da dispersão (apresentados pelos facilitadores)

Destaca-se abaixo o consolidado do número de participantes que atuaram diretamente na execução do Plano, favorecendo a capacidade de capilarização e descentralização da estratégia do plano em todas as unidades do município.

Tabela 11: Consolidado do número de envolvidos em Juiz de Fora, 2014

Nº Região Sanitária	Nº UBS	Nº EQUIPES²⁴	Nº FACILITADORES	Nº TURMAS	Nº TUTORES
12	63	128	144	7	14

(PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2014)

5.4 – OS RESULTADOS EVIDENCIADOS: PERSPECTIVAS DE MUDANÇA DOS SERVIÇOS NA APS EM JUIZ DE FORA.

Como resultado observado com a realização das oficinas para a implantação da programação local em saúde, elencado na seção anterior, constituiu em Juiz de Fora perspectivas de mudança na prática assistencial empreendida pelos trabalhadores das ESF's, Para tal, será apresentado a seguir, o detalhamento dos resultados evidenciados através das realizações das oficinas e dos produtos observados na planilha de programação local, pela agenda programada da ESF's, com as resoluções deliberadas pelo CMS e pelas portarias homologadas pela SMS, propostos para cada etapa e suas perspectivas de mudança no cotidiano das ESF.

5.4.1 – O cadastro familiar

O cadastro familiar foi o primeiro passo para o conhecimento das famílias residentes na área de responsabilidade da UBS. Este conhecimento será complementado pelo levantamento de problemas familiares, através das fichas de alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (disponibilizadas pelo Ministério da Saúde), preenchidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos domicílios dos usuários adscritos pelas ESF's.

Concomitante as oficinas de territorialização, etapa de implantação do PDAPS, foi realizado no ano de 2014 o recenciamento da população adscrita pelas ESF, afim de atualizar o cadastro individual e domiciliar. Vivia-se naquela ocasião a implantação conjunta do e-SUS

²⁴ Número de equipes incluindo, além das equipes de saúde da família, as equipes parametrizadas das unidades tradicionais, das equipes mistas e das equipes PACS.

AB²⁵, com a utilização do portal de interface em ambiente web disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Por essa razão, a conduta adotada foi compatibilizar o novo processo ora em curso, o da territorialização e o (re)cadastro da população adscrita à equipe com a nova diretriz adotada pelo recém implantado sistema de informação da atenção básica - SISAB²⁶. Somando-se a isto, ocorria o processo de informatização das UBS, com a instalação de estrutura de cabeamento lógico, conectividade e equipamentos (computadores desktop e impressoras multifuncionais).

O cadastramento individual e domiciliar foi um momento importante para estabelecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a família, a partir do qual se dará o acompanhamento das várias situações apresentadas.

O resultado do cadastramento foi conhecer as famílias residentes nas áreas de responsabilidade das equipes de saúde, relacionando os seus integrantes, a situação de moradia e outras informações necessárias para o planejamento e programação das ações de saúde pelas equipes das UBS.

5.4.2 – O diagnóstico local de saúde

O Diagnóstico Local reuniu todas as informações necessárias para que a equipe de saúde conheça o território e a população residente sob a sua responsabilidade. Para que haja, de maneira efetiva, o processo de mudança em prol da qualidade dos serviços da APS em Juiz de Fora, foi fundamental as informações da situação de saúde da população coletados através dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS)²⁷, DATASUS, IBGE, dentre outros.

Portanto, essas informações foram de fundamental importância para que a equipe programasse as ações de saúde e, posteriormente, avaliar o impacto destas ações na situação

²⁵ O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS ou AB) é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde.

²⁶ O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho. Com o SISAB, será possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe (<https://sisab.saude.gov.br>. Acessado em 22/11/2021)

²⁷ Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Notificação Compulsória (SINAN) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB)

de saúde. O conjunto de informações das várias áreas do município, somadas a informações coletadas pelas UBS, permitiu o conhecimento da situação de saúde, ou seja, do diagnóstico local e municipal de saúde.

Como resultado evidenciado, observou a descrição do perfil epidemiológico da população e os fatores socioeconômicos que influenciam a saúde dos indivíduos e da comunidade.

Para tal, segue abaixo a matriz utilizada para traçar o perfil demográfico e epidemiológico da população residente na área de responsabilidade da equipe de saúde, por ciclo de vida. Tais informações foram utilizadas para a realização da programação local em saúde nas ESF.

Tabela 12: Descritores dos parâmetros utilizados na programação local em saúde

CRIANÇAS
Nº de crianças nascidas com baixo peso, no último ano, por área.
Nº de crianças nascidas com prematuridade, no último ano, por área.
Nº de mortes de crianças menores de 1 ano, nos últimos 5 anos, por área – evento sentinela.
ADOLESCENTES
Nº de adolescentes grávidas identificadas, no último ano, por área
Nº de adolescentes 15 a 19 anos HIV positivos identificados no último ano, por área
ADULTOS
Nº de adultos com hipertensão arterial identificados, por área
Nº de adultos com diabetes identificados, por área
Nº de adultos com tuberculose identificados no último ano, por área
Nº de adultos com hanseníase identificados no último ano, por área
Nº de adultos HIV positivos identificados no último ano, por área
GESTANTE
Nº de gestantes identificadas, no último ano, por área

Nº de gestantes de risco habitual identificadas, no último ano, por área

Nº de gestantes de alto risco identificadas, no último ano, por área

Nº de mortes maternas ocorridos nos últimos 5 anos, por área – evento sentinela

IDOSO

Nº de idosos, por área

Porcentagem da população idosa em relação à população total

(PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2014)

A partir do diagnóstico local, buscou organizar as ações e serviços na APS, utilizando da Planilha de Programação Local em Saúde (explicação detalhada na seção seguinte e no APENDICE D), conforme demonstrado abaixo:

Tabela 13: Serviços programados pela ESF's a partir da implantação da programação local em saúde.

CRIANÇA

Nº de crianças menores de 1 ano inscritas na puericultura

Nº de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia

Nº de crianças menores de 5 anos com desnutrição moderada ou grave inscritas no acompanhamento

Nº de crianças menores de 5 anos com doenças respiratórias moderadas ou graves inscritas no acompanhamento

Cartão Espelho da sala de vacina, SI-PNI e outros sistemas de registro da UBS

ADOLESCENTE

Nº de adolescentes de 10 a 14 anos inscritos no programa de acompanhamento

Nº de adolescentes grávidas acompanhadas no último ano

Outros sistemas de registro da UBS

Nº de adolescentes 15 a 19 anos soropositivos inscritos no acompanhamento	
ADULTO (> 20 anos)	
HIPERTENSÃO (inclui adulto e idoso)	
Nº de adultos hipertensos cadastrados	Outros sistemas de registro da UBS
Nº de adultos hipertensos de baixo risco cadastrados	
Nº de adultos hipertensos de médio risco cadastrados	
Nº de adultos hipertensos de alto e muito alto risco cadastrados	
DIABETES (inclui adulto e idoso)	
Nº de adultos diabéticos cadastrados	SISAB e outros sistemas de registro da UBS
Nº de adultos com diabete sem tratamento medicamentoso cadastrados	
Nº total de diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão cadastrados	
Nº de adultos diabéticos não usuário de insulina com hipertensão cadastrados	
Nº de adultos diabéticos usuários de insulina cadastrados	
TUBERCULOSE	
Nº de adultos com tuberculose pulmonar bacilífera acompanhados no último ano	Livro Preto
HANSENÍASE	
Nº de adultos com hanseníase acompanhados no	Livro Preto

último ano	
HIV/AIDS	Sistemas de registro da UBS
Nº de adultos soropositivos inscritos no acompanhamento	
SAÚDE MENTAL	
Nº de adultos com transtornos mentais inscritos no acompanhamento	Sistemas de registro da UBS
CÂNCER DA MULHER	
Nº de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram coleta de exame papanicolau no último ano	Sistemas de registro da UBS
Nº de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia no último ano	
GESTANTE	
Nº de gestantes inscritas no pré-natal	
Nº de gestantes risco habitual acompanhadas, com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal	SINASC, SISAB e outros sistemas de registro da UBS
Nº de gestantes de alto risco acompanhadas, com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal	
IDOSO	
Nº de idosos ≥ 80 anos inscritos no acompanhamento	
Nº de idosos de 60 a 79 anos de alto risco (polipatologias, polifarmácia, imobilidade, incontinência, instabilidade postural, incapacidade cognitiva, história de internação frequente, dependência para AVD, insuficiência familiar) inscritos no acompanhamento	SISAB e outros sistemas de registro da UBS

5.4.3 – A elaboração da Programação Local em Saúde.

Foi realizado a organização das formas de acesso do usuário às UBS em Juiz de Fora através do cadastramento das pessoas/famílias e domicílios adscritos às ESF's, num processo de (re) territorialização e identificação dos problemas de saúde através do Diagnóstico Local. A partir das diretrizes estabelecidas nas linhas-guias e/ou outros parâmetros assistenciais, foi feito o dimensionamento dos serviços e a organização dos processos de trabalho na ESF, critério utilizado para a programação das ações de saúde junto à população com alguma condição crônica.

Com o objetivo de organizar as formas de acesso do usuário na ESF, realizou-se as oficinas de organização do processo de trabalho em Atenção programada pelo manejo da atenção à condição crônica.

Do ponto de vista organizativo da elaboração da programação local, observou que em qualquer horário, todos os usuários em situação de urgência ou emergência deveriam ser atendidos de imediato pela equipe de saúde. A equipe foi orientada para realizar os primeiros cuidados necessários, providenciar o suporte adequado e transferir de forma segura para o ponto de atenção competente, pactuado e com capacidade resolutive.

Ainda, procurou respeitar o critério de adscrição da clientela em relação à equipe da Saúde da Família, ou seja, o usuário deveria, preferencialmente, ser identificado pelo agente comunitário de saúde e atendido pelo médico, enfermeiro ou outro profissional de sua área de residência.

A orientação teve como objetivo respeitar os princípios do primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade do cuidado e viabilizar o vínculo com a equipe de saúde. Procurou organizar o serviço, pautando-se não mais pelos eventos agudos, mas pela abordagem dos problemas crônicos e/ou condições crônicas.

A Atenção Programada abrangeu todos os ciclos de vida dos indivíduos/famílias - desde o nascimento ao idoso - estruturados a partir das Linhas-guias e operacionalizados por redes integradas de atenção, com o objetivo de promover a saúde, identificar precocemente e controlar as patologias de relevância, prestar assistência de forma integrada e resolutive.

Para a agenda programada foram destinados atendimentos e consultas agendadas, em cada turno de atendimento, estabelecendo o quantitativo recomendável de consultas por turno, conforme critério estabelecido pela Secretaria de Saúde, de comum acordo com as equipes de saúde e Conselho Local de Saúde.

Os quantitativos de consultas e atendimentos programados foram calculados a partir dos parâmetros estabelecidos na Planilha de Programação Local, que utilizou para o manejo do cuidado, os das Linhas-guias disponibilizadas pela SES-MG e, com base nos dados do Prontuário de Saúde da Família - diagnóstico e cadastramento das famílias residentes no território.

Os atendimentos programados foram agendados previamente e consensuados com os usuários. Ressaltou-se evitar o acúmulo das pessoas nos mesmos horários e os longos períodos de espera.

A organização do atendimento deu-se de acordo com os ciclos de vida²⁸ - SAÚDE DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DA GESTANTE, DO ADULTO E DO IDOSO – ou por patologias de maior relevância - HIPERTENSÃO, DIABETES, TUBERCULOSE, HANSENÍASE, TRANSTORNOS MENTAIS, DST/Aids, entre outras.

Para tal, observou-se na análise dos documentos oficiais coletados que a Programação Local teve por objetivo: i) Melhorar o atendimento prestado à população de um determinado território, focando o usuário, a sua família e a sua comunidade. ii) Definição de um conjunto de ações de saúde necessárias para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e resolução de problemas de saúde identificados em um determinado território. iii) Precedida por um diagnóstico local e operacionalizada através da organização dos serviços prestados pela equipe de saúde.

A programação foi desenvolvida para cada área de responsabilidade da equipe de saúde da família e para a sua população adstrita para o período de 1 (um) ano a partir da situação de saúde diagnosticada previamente.

O instrumento de programação foi o uso sistemático da Planilha de Programação Local (APENDICE C), que foi organizado por ciclo de vida, patologia ou condição e estratificação por grau de risco, obedecidos os descritores abaixo:

- a) os dados de cadastro da população, por faixa etária e sexo;
- b) a situação de saúde da população cadastrada, com dados epidemiológicos e assistenciais;
- c) os resultados esperados para a resolução de problemas de saúde e melhoria da situação de saúde e qualidade de vida da população;
- d) as atividades mínimas a serem executadas para alcançar estes resultados;

²⁸ Contidos nas diretrizes clínicas (linhas-guias) oferecidas pela SES-MG.

- e) os parâmetros para realização das atividades, visando a garantia da qualidade das ações de saúde;
- f) as responsabilidades dos componentes das equipes na realização destas atividades, possibilitando a organização do serviço da UBS;
- g) o público alvo a ser beneficiado, identificado por ciclo de vida, patologia ou condição e grau de risco;
- h) o quantitativo de atividades a serem executadas;
- i) as metas progressivas a serem alcançadas até a cobertura total da população;
- j) o prazo para cumprimento destas metas.

A Planilha da Programação Local forneceu, após o lançamento dos dados relativos à população cadastrada, por faixa etária e sexo, as seguintes informações:

- a) A planilha da **Situação de Saúde** que analisa alguns dados epidemiológicos e assistenciais.
- b) Na primeira coluna identifica a população alvo, com suas condições e patologias.
- c) Na segunda coluna indica os parâmetros de incidência ou prevalência destas condições e patologias. A aplicação destes parâmetros, o valor em porcentagem, calcula a **População Alvo Estimada**;
- d) A equipe deve lançar na **População Alvo Atendida**, o número de usuários identificados ou cadastrados no acompanhamento da unidade de saúde.
- e) Com este dado, será calculada, automaticamente, a **Cobertura de Atendimento**, indicando o vazio de assistência (diferença entre o percentual de cobertura encontrado com o ideal de 100% de cobertura) que deve ser superado com a programação de ações.

Da mesma forma, a Planilha de Programação Local, forneceu as seguintes informações:

- a) Ações de atenção e cuidado para CRIANÇA, ADOLESCENTE, ADULTO, GESTANTE, IDOSO e OUTRAS AÇÕES com as principais atividades a serem programadas para acompanhamento da população alvo.
- b) Em cada uma das planilhas, as atividades são descritas, com parâmetros mínimos para a sua realização, assim como o responsável pela sua execução.
- c) A equipe deve definir a META PROGRAMADA, indicando a porcentagem de cobertura (%) que deseja alcançar para cada uma das atividades.
- d) A meta é sempre numérica e pode ser progressiva desde a atual porcentagem de cobertura até a cobertura total da população (100%).

- e) A planilha calcula o número correspondente de usuários beneficiados na atividade, assim como o quantitativo destas atividades para o prazo de um ano.

Ao final da Planilha de Programação, cada EqSF desenvolveu o CONSOLIDADO das ações programadas por ciclo de vida, condição ou patologia com o somatório de todos os procedimentos realizados no atendimento aos usuários dos vários ciclos de vida e com as várias condições e patologias, permitindo a análise do atendimento com relação ao tempo reservado para a atenção programada, para a atenção à demanda espontânea, para as atividades de educação permanente e para as atividades administrativas.

Para que a Agenda Programada tivesse aplicação, foi necessário a padronização flexível do atendimento²⁹, definindo uma unidade de programação – o atendimento – por categoria profissional, que correspondeu ao atendimento mais frequente da categoria, como consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento técnico de enfermagem e visita domiciliar. Com estes dados, a planilha fez o cálculo da CAPACIDADE POTENCIAL DE ATENDIMENTO, por dia, semana, mês e ano, para cada uma das categorias profissionais.

Como resultado evidenciado, foi realizado a organização da agenda da equipe de saúde no tocante a atenção à demanda espontânea e programada.

A elaboração da agenda da EqSF visou identificar as atividades programadas para os usuários de cada ciclo de vida ou patologia, por profissional da equipe, o tempo a ser dedicado à educação permanente e às atividades administrativas e o tempo definido para a demanda espontânea.

A implantação da agenda programada, além de possibilitar a adequada atenção e cuidado aos usuários crônicos, visou constituir critério de monitoramento e avaliação da EqSF e possibilitar a apresentação para os usuários e para o Conselho Local de Saúde como forma de controle social.

A programação local foi feita em cada ESF, onde se presta a atenção primária à saúde. A programação foi feita para o território de responsabilidade de cada equipe de saúde da família e para a sua população adscrita. Em unidades onde não se implantou a Saúde da Família a programação foi feita para o território de responsabilidade da Unidade - a área de abrangência - e para a sua população adscrita.

Como se viu anteriormente, a programação local utilizou-se da planilha de programação que é parte integrante das linhas-guia, referentes à atenção primária à saúde nas

²⁹ A normatização da padronização do número de atendimento pelas ESF, para fins de modelagem da agenda programada, foi resultado de um processo de discussão e deliberação junto aos trabalhadores e Conselho Municipal de Saúde.

condições e patologias prioritárias. Essa planilha contém os parâmetros de atenção à saúde que devem orientar a programação.

Por exemplo, a linha-guia de atenção ao pré-natal da SES-MG (2003) contém, dentre outros, os seguintes parâmetros em sua planilha de programação: inscrever, no mínimo, 70% das gestantes residentes na área de abrangência até o 4º mês de gestação; prover, no mínimo, 7 consultas para cada gestante; realizar os exames previstos nos protocolos em 100% das gestantes; imunizar 100% das gestantes inscritas; realizar exames para HIV, sífilis e toxoplasmose em 100% das gestantes; notificar 100% dos casos positivos de HIV, toxoplasmose e sífilis; tratar 100% das gestantes positivas para HIV, toxoplasmose e sífilis; identificar as patologias que possam resultar em trabalho de parto prematuro em 100% das gestantes inscritas; detectar e encaminhar 100% das gestantes de risco para o serviço de referência; e realizar o monitoramento de 100% das gestantes conforme a linha-guia.

Viabilizando a discussão técnica, foi realizada a descrição dos itens que compõem e materializam a programação local em saúde, no contexto da atenção primária em Saúde através de documentos, notas técnicas e guias instrucionais de orientação do processo de incorporação da programação local em saúde.

Esses documentos orientavam para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de planejar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias, organizadas pela programação local em saúde do cuidado por ciclo de vida, condição e patologia estabelecidas de acordo com prioridades, tomando por base a identificação de necessidades de saúde do território das ESF's.

Ainda, foi orientado sobre a manutenção regular da planilha de programação local para a atualização das informações da população adscrita ao território de responsabilidade da ESF's, sendo destacado os seguintes itens:

- (i) Registro do número de pessoas cadastradas, por sexo e por faixa etária.
- (ii) Registro dos dados relativos a Análise de Situação às patologias ou condições prioritárias, com os parâmetros para incidência/ prevalência ou para as principais ações de saúde, por ciclo de vida.
- (iii) Registro do cálculo da população alvo estimada para as principais ações de saúde, por ciclo de vida.
- (iv) Registro do número de usuários da população alvo cadastrada na ESF assim como o número de procedimentos das principais ações de saúde realizadas.

(v) Registro da análise comparativa entre a população alvo estimada e aquela cadastrada, visando estabelecer a cobertura das principais ações de saúde, por ciclo de vida.

(vi) Registro da Programação da Atenção à criança, adolescente, adulto, gestante e idoso.

As planilhas demonstravam os principais resultados a serem alcançados na saúde da criança, adolescente, adulto, gestante e idoso, assim como as atividades mínimas que deveriam ser realizadas para o alcance dos resultados e os parâmetros para realização destas atividades.

A "Meta Programada" corresponde à cobertura da população alvo que se pretende atingir no prazo estabelecido. Este valor numérico foi definido pela equipe, sendo no mínimo igual à cobertura já realizada, e lançado neste campo específico (%). O cálculo do novo número de usuários beneficiados e das atividades realizadas foi feito automaticamente.

Sobre o registro do Consolidado da Programação Local em Saúde

(i) No campo "Padronização de Atendimento" a equipe deveria aplicar as recomendações definidas na Resolução CMS-JF nº 417 (APENDICE D), constando a duração do atendimento padrão (que corresponde a uma consulta médica ou de enfermagem, procedimento técnico de enfermagem e visita domiciliar) a ser realizado por profissional (a planilha calculará o número de atendimentos por hora) e a sua carga horária diária.

(ii) A planilha também calcula o número total de atendimentos por dia, semana, mês e ano.

(iii) Para o cálculo da capacidade potencial de atendimento anual, consideram-se 11 meses de trabalho, deixando 1 mês para férias.

(iv) A partir da definição da duração em minutos das atividades programadas, foi calculado o número correspondente de atendimentos padrão, permitindo o cálculo do consolidado.

(v) No campo "Consolidação de Atendimento" foram transferidos os dados do quantitativo de atividades programadas por profissional e por ciclo de vida, condição ou patologia, chegando-se a um total de atendimentos por profissional, por ano, mês, semana e dia.

(vi) A partir disso pode-se fazer a análise comparativa do atendimento diário programado com o atendimento à demanda espontânea, em número de atendimentos e horas ocupadas.

- (vii) Para a análise do "Atendimento Semanal" foi definido o número de horas destinadas à educação permanente e atividades administrativas. A planilha calculou o tempo (número de horas e porcentual correspondente) destinado ao atendimento programado, atendimento à demanda espontânea, educação permanente e atividades administrativas.

A partir do Consolidado da Programação Local em Saúde, através da análise do "Atendimento Semanal", subsidiou a construção da Agenda da Semana para cada EqSF, considerando o resultado obtido.

5.4.4 – O Controle Social na APS com a utilização da Programação Local em Saúde.

O fortalecimento do controle social, no âmbito local, é fundamental para a consolidação da APS. Esse território social de abrangência das equipes das Unidades de Atenção Básica constitui o espaço social de qualificação das ações dos cuidados primários.

Observou-se que o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde constituíram, em cada área de abrangência das Unidades, uma agenda de participação social para o exercício do controle social, participando da programação local, do monitoramento e da avaliação da UBS naquele espaço social.

Nessa perspectiva, a atuação do controle social, através dos Conselhos Locais de Saúde, na participação da elaboração da programação local da APS e monitoramento de sua implantação, constituiu uma agenda favorável para a participação do Conselho de Saúde.

No caso do presente estudo de caso, a experiência da implantação da programação local no município de Juiz de Fora, MG, cada um dos produtos originados das oficinas de elaboração da programação local em saúde de cada ESF, foi apresentado, em caráter consultivo, ao conselho local de saúde adscrito a cada UBS e obteve a deliberação no âmbito do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município, oportunizando a apropriação de todo o processo na agenda de pautas do controle social durante o percurso de incorporação da programação local.

Essas pautas deliberativas, ensejou a publicação de Resoluções ordinárias no âmbito do CMS. Destas resoluções, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, MG, homologou as respectivas deliberações do controle social municipal através de Portarias, instrumento normativo-legal de institucionalização das etapas de implantação da programação local em saúde no interior das ESF's, conforme descrito no APENDICE E.

5.5 – PERCEPÇÃO DA EQUIPE: ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE

Para a realização do grupo focal, após a introdução e os devidos esclarecimentos de praxe, assim como prestado a leitura e coletado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APENDICE A) pelos participantes, iniciou-se com as questões disparadoras para cada participante do grupo focal, sendo para cada um descrever a experiência da elaboração da programação local nas ESF's.

Nesta questão, foram discutidos aspectos sobre a experiência na sua equipe, sobre os instrumentos ou recursos que foram utilizados e quem da equipe que participava, assim como o que a programação local em saúde interagiu com a organização da oferta, do trabalho e da equipe.

Outra questão discutida no grupo focal foi sobre a utilização da programação local em saúde na organização das ações de saúde das ESF's. Foi disparado questões problemas sobre a percepção de cada participante, sobre a organização das atividades no território e como foi utilizado a programação.

Como fonte de análise, através do grupo focal, observou-se o apontamento para as etapas de desenvolvimento das oficinas do PDAPS, no período de 2014 à 2016, com destaque ao momento de desenvolvimento da programação local em saúde, destacando o primeiro passo em territorializar como forma de conhecer as áreas adscritas pelas ESF's. Somando-se a isto, a manifestação foi positiva enquanto forma de planejar as ações e serviços das equipes, conforme recuperado nas falas das equipes, logo abaixo:

M - Eu lembro que a gente fez um levantamento com os agentes comunitários, por faixa etária e junto tinha o manual que eles distribuíam também, sobre a porcentagem.

De - A gente reunia com as equipes. A gente acabou lá na unidade com três equipes. Então a gente reunia por equipe mesmo, o médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários daquela equipe e aí seguindo lá o que estava pedindo para ser analisado, que a gente foi fazendo a situação de saúde né? Fez a primeira parte de cadastro, proporcional, por faixa etária, quantas pessoas do sexo feminino, masculino, as crianças, os idosos. E a partir daí a gente foi estabelecendo os indicadores, né, que a gente precisava estabelecer. A gente fez assim, foi por equipe. Colocamos tudo numa planilha, uma planilha que já foi fornecida para nós, por equipe, então cada equipe da unidade, ela tinha uma planilha.

Destaco o apontamento na narrativa de um dos participantes do grupo focal, indicar para a importância do momento de territorializar, conforme proposto pelo itinerário das

oficinas do PDAPS. Destaca-se a narrativa, enquanto contribuições da programação local, em que consistia na dispersão das oficinas para que as ESF's produzissem os produtos referente a cada tema. No caso abaixo, expressa-se a narrativa sobre a elaboração de uma das etapas de implantação da programação local e o diagnóstico local de saúde.

Me - Existiu um trabalho primeiro, que foi uma dispersão. Primeiro tivemos os encontros, os primeiros encontros, saímos pra dispersão. No trabalho de dispersão foi feito uma avaliação territorial. Pelo menos eu lembro de ter começado assim. Nós fizemos o levantamento e um diagnóstico de território. E baseado nesse diagnóstico, nós entramos com esse trabalho de equipe. Entendeu? O trabalho, inclusive, de campo, de agente de saúde fazendo levantamento de todas as barreiras, de todos os pontos estratégicos.

Na perspectiva em buscar as possibilidades almejada pelo PDAPS, observamos que na etapa de cadastramento da população adscrita em seu território ter em destaque a estratificação da população como elemento para compreender a forma em organizar as atividades e ações pelas ESF's, destacando a fala de outro participante

M - Identificar mesmo as pessoas, o território, pra depois fazer essa separação. Foi feito o cadastro e uma separação por faixa etária, até mesmo assim pra ver qual era a demanda, como é que estava o município.

Como fatores negativos apontado pelos participantes, limitadores ao desenvolvimento do PDAPS, as equipes destacaram a rotatividade de profissionais que muitas vezes gerava perda do envolvimento da equipe. Um dos motivos era o vínculo precário do trabalhador, estabelecido por instrumento jurídico por prazo determinado, fixado em doze meses como prazo máximo estipulado entre o trabalhador da saúde e a Prefeitura de Juiz de Fora (PJF).

Me - Um dos mais irritantes foi recursos humanos, na ocasião, nós tivemos. Hoje seria até mais fácil porque a gente teve uma melhoria bem boa dessa capacidade instalada, mas nós tivemos na época, nós tínhamos muito problemas de recursos humanos. E outra coisa, a prefeitura trabalhou um período muito grande, com uma rotatividade de RH muito grande. Então, quando você tava envolvendo determinado profissional, que ele abraçava o plano, aí completava o tempo dele de contrato, entrava outro profissional e você tinha que fazer outra mobilização, outro envolvimento. E assim, uma equipe foi passando pra outra, mas não é a mesma coisa. Principalmente a equipe de enfermagem teve essa dificuldade durante a implantação do Plano Diretor. Nós tínhamos muita mudança de enfermeiro, trocando, o contrato da prefeitura era de doze meses, completava o tempo, saía aquele enfermeiro e aí entrava um outro. "Nossa, não é possível, vai começar tudo de novo". Aí foi difícil.

Como fator positivo, podemos observar nas falas das equipes a importância da realização do diagnóstico em saúde como etapa da programação local em saúde. A planilha fornecida pela Secretaria de Saúde para a modelagem da programação local em saúde (APENDICE D) continha os dados relativos às patologias ou condições prioritárias, com os parâmetros para incidência e prevalência ou para as principais ações de saúde, por ciclo de vida, auxiliando as equipes na elaboração do diagnóstico de saúde do seu território.

M. (...) Porque pra mim não tem como a gente fazer programação local sem revisitar constantemente o diagnóstico de situação de saúde. E diagnóstico de situação de saúde não se faz uma vez por ano.

O grupo focal confirmou que o processo de implantação da programação local em saúde ocorreu conforme descrito nos documentos oficiais relatados nos itens anteriores e por meio das estratégias das oficinas de dispersão junto às equipes daqueles que conduziam as oficinas nos territórios. Ou seja, as equipes puderam vivenciar cada etapa de desenvolvimento das oficinas, o que aponta para um processo participativo dos trabalhadores no desenvolvimento dos produtos propostos por cada oficina de dispersão.

Ainda sobre a estratégia de operacionalização das oficinas para implantação da programação, observamos na narrativa abaixo de que a utilização de facilitadores e dos momentos de dispersão por um lado produz capilaridade e mais participação e por outro pode produzir dificuldades de comunicação.

V - Eu concordo que isso pode ser, é também um fator limitante, porque a comunicação tem que ser... É coisa do telefone sem fio né? Eu escutei, eu entendi do meu jeito, aí eu vou passar adiante. Aí 'D' vai escutar do jeito dela e vai tentar passar pra equipe dela no dia a dia. Isso tem um gap natural né, da comunicação.

O grupo focal referiu também que a implantação da agenda programada continua em curso

M - Continuamos trabalhando com a agenda programada facilitou desde o início e a gente viu que ficou uma coisa bacana. Hoje em dia esse trabalho que nós desenvolvemos, começamos lá na época do Plano Diretor, funcionou muito, então nós continuamos com esse trabalho. São grupos nas micro áreas, voltados para os adolescentes, saúde do adolescente. As gestantes, por exemplo, assim, na época começou a ter os grupos, já havia, mas ficou uma coisa com mais intensidade, então funcionou, a gente continua, tudo o que deu certo a gente continua.

Mi - Não sei se nas unidades de vocês, acredito que sim, as agendas continuam, praticamente da mesma forma que da primeira vez. Na minha, no caso, a gente fez algumas

adaptações de acordo com a realidade, até mesmo porque têm situações iguais elas colocaram, que não entraram nessa organização da agenda, por exemplo, que é muito hoje em dia, uma demanda enorme, são as pessoas usuárias de medicação controlada né, que de dois em dois meses tem que fazer renovação dessas receitas e não entra nem o hipertenso, nem o diabético. E é um número enorme, a nossa agenda já ocupa assim, praticamente a mesma quantidade do que o quantitativo de um hipertenso, por exemplo. Então a gente teve que encaixar isso na agenda também pra, na minha unidade, pra gente tirar da fila da demanda espontânea, por exemplo, porque querendo ou não é um atendimento continuado e a cada dois meses envolve outros profissionais, assistente social, enfermeiro também, além do médico.

Nessa perspectiva, a programação local possibilitaria uma atenção mais adequada aos usuários crônicos, com critérios de monitoramento e avaliação da UBS a serem compartilhados com usuários e CLS como forma de controle social.

Entretanto, o grupo focal relatou que os indicadores assistenciais utilizados no monitoramento eram focados no atendimento médico e da enfermagem e restrito aos dados quantitativos, esvaziando a análise qualitativa do monitoramento dos indicadores da programação local.

De - Nesse sentido que, às vezes, havia um questionamento, porque a gente faz todo mês lá uma planilha de monitoramento, né, dessas ações que a gente desenvolve, a gente tem alguns indicadores lá que são necessários e muitas das vezes alguns profissionais falam, - “várias coisas que eu fiz não constam aqui, não tem como colocar aqui nessa planilha de monitoramento”. Eles questionam muito isso. Um profissional que, às vezes, sempre questiona muito quando a gente faz a planilha junto assim, pra fechar e tal, é o auxiliar ou técnico de enfermagem. Eles falam, - “o que eu fiz não consta aqui né, não tem nada do que eu fiz aqui do meu trabalho que conste aqui nessa planilha, né”. Do agente comunitário também muito pouco. Então acaba ficando uma coisa muito voltada pra atendimento mesmo, assistência médica e enfermagem.

Outro aspecto observado nas falas dos participantes refere-se ao caráter epidemiológico e normativo da programação local em saúde, assim como algumas atividades não contempladas no monitoramento das ações e serviços prestados pelas ESF's.

Mi - Porque nós somos promoção em saúde, e a gente não age só na doença, Porque o Plano Diretor ficou um pouco focado só nas patologias, nas doenças e não nas outras atividades, entendeu? Não existe um lugar pra você pontuar e dizer que existe um grupo de mulheres, onde não tem hipertenso, não tem diabético, entendeu? Não tem. As metas são só pra patologias e acompanhamento.

M. (...) A minha crítica com relação ao Plano Diretor foi no sentido de que, na medida em que teve que se cumprir as necessidades, estabelecer normas e critérios, e aí uma planilha de programação local muito focada na questão da condição de saúde, porque o objetivo primário foi da atenção diferenciada pelas condições crônicas, no sentido de organizar os processos de trabalho, focou-se muito nas questões das metas, da programação local lá da planilha de Excel, investiu-se pouco na mudança de comportamento dos profissionais, que pra mim, era o principal. (...)

Para que a Agenda Programada tenha aplicação, é necessária a padronização do atendimento, definindo uma unidade de programação – o atendimento – por categoria profissional, que poderá corresponder ao atendimento mais frequente da categoria, como consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento técnico de enfermagem e visita domiciliar.

Mi - Era uma reorganização do serviço e isso trás né, a gente vê que, às vezes, a gente trabalha com um número superior de atendimento mesmo, da nossa capacidade e tinha essas metas né, que acabaram ampliando, então a gente tem um pouco de resistência né. E vieram introduções de serviços novos que a gente não acostumava fazer, como o acolhimento, por exemplo, a demanda, que a gente tinha muito aquela questão da marcação né, por ordem de chegada. As pessoas chegavam, tinham o número X de atendimento e marcava a consulta, independente do que era a queixa. Então assim, você levar essa nova ação, esse novo processo de trabalho, gerou um pouco de resistência, mas assim, pra mim, na minha unidade, eu achei ótimo. Foi muito bom. A gente implementou o acolhimento, acho que organizou o serviço pra população.

Outro aspecto relacionado a mudança ocasionada pela implantação do PDAPS foi relacionado a perspectiva de acesso à Unidade Básica de Saúde. Da mesma forma, as estratégias de dispersão das oficinas favoreceram a mudança no próprio contexto do processo de trabalho das equipes. No caso narrado abaixo, destaca-se a implantação do acolhimento à demanda espontânea como ferramenta utilizada na implantação do PDAPS.

Me – Uma coisa que eu acho que foi assim, fundamental para maioria das unidades foi a implantação do acolhimento de forma diferenciada. Quando nós começamos o trabalho das oficinas e na época que a gente começou a implantar o acolhimento diferenciado, a gente começou a perceber que era uma forma de dissolver as filas, mudar essa cultura de fila, de chegar em unidade de saúde de madrugada, de disputar senhas né, e passar a fazer a escuta. Então assim, eu entendo quando ela fala que não aparece o trabalho, mas é porque em algumas unidades os técnicos não foram envolvidos nesse acolhimento. Quando você

envolve todos os profissionais, aí você tem a chance de colocar no acolhimento. Porque você pode lançar. Se você fizer acolhimento, se você quer que o seu trabalho apareça por escrito, entra no atendimento individual e lança o teste do pezinho. Eu tô comentando assim, pra você ver que isso é uma forma. Se o problema é mostrar aquilo que você fez enquanto atividade, a gente tem como lançar na produção.

Outro exemplo ilustrativo da proposta de mudança dos arranjos internos das equipes é descrito abaixo com a modelagem da agenda programada e a organização do acesso aos serviços e ações da Unidade Básica de Saúde, evitando aglomeração e gerando maior confiança da população acerca da procura por serviços da equipe.

Me – Eu acho que foi a visão de cada equipe perceber que houve uma mudança significativa nesse fluxo de demanda, nessa questão de, de... As unidades começaram a ter uma procura, não de demanda aguda, mas a longo prazo, as pessoas estão aprendendo, -“eu posso ir lá porque eu vou ser agendada pra isso”. A gente conseguiu várias coisas ao longo desse trabalho fazendo grupos específicos. Ela colocou ali os grupos de prevenção, hoje você tem os grupos de mulheres que vão na unidade pra prevenir saúde, pra bater papo, pra fazer artesanato.
(...)

A contribuição para as EQSF's esteve mais vinculado na qualidade das práticas em saúde quando a programação local em saúde foi incorporada na dinâmica do cotidiano das ESF's, incluído o monitoramento de indicadores e na estipulação das metas assistenciais.

De – A partir da programação local da saúde, a gente estabeleceu metas né, e aí colocou dentro da nossa programação local. Atendimento por demanda espontânea, atendimento por demanda programada. Cada equipe estabeleceu as suas metas.
Me - E a capacidade de atuação. Porque nós tivemos equipes que tinham parâmetros que não tinha condição de atender. Na época nós tivemos um problema em relação a recursos humanos, né, então a gente foi estipulando uma meta de acordo com cada equipe, com cada situação de território, com cada diagnóstico levantado.

Demonstrou também que a programação pode contribuir com o aporte de conhecimento sobre o território e a caracterização diagnóstica de base populacional, direcionando a programas mais relevantes frente a necessidade de saúde mais prevalente no território. Favoreceu a organização das ofertas de consultas de retorno e seguimento do cuidado e propiciou a organização das atividades no território, seja na quantificação dos procedimentos ou nas propostas assistências emanadas pelas políticas públicas de saúde, produzindo a atenção à saúde de base territorial e hierarquizada. Observou que a programação conecta os programas, enquanto uma série de intervenções

De – Foi um norteador né? Então assim, acho que melhorou a qualidade mesmo do trabalho, da assistência, a organização das agendas, fez com que as equipes tivessem que se voltar pros protocolos dos ministérios, pros protocolos da secretaria estadual de saúde, de pegar a linha guia, estudar a linha guia. Se debruçar mesmo. Em relação à saúde da mulher, saúde das crianças, hipertenso, diabético, dá pra gente ver as metas mesmo. Quantos pacientes que eu preciso atender, por exemplo, aquele diabético está com qual controle, quantas vezes no ano preciso atender? O hipertenso, a mesma coisa. Paciente hipertenso de alto risco, ah, tem que vir tantas vezes no ano, tem que pedir exame de tanto em tanto tempo. Então, ficou uma coisa interessante pra gente poder nortear né, pra gente poder fazer o levantamento do que a gente tinha na nossa área mesmo, e a partir daí organizar. Estratificar risco desses pacientes. Então dessa forma a gente conseguiu organizar os nossos processos de trabalho. Foi interessante. (...)

J – Perfeito. A 'D' hoje ela produz 100 consultas diabéticos/mês, mas será que a UBS da 'D' hoje, ela encaminha menos? Eu tenho menos pés amputados? A rede secundária, terciária e o apoio diagnóstico, qual é o reflexo que as 100 consultas que a 'D' está produzindo, nessa rede?

Denota-se que a programação local em saúde contribuiu com arranjos assistenciais oportunizando a integração de práticas individuais e coletivas na APS, conforme narrativas das equipes.

Me - E a mudança da mentalidade da equipe de uma maneira geral. Porque aí você tinha que gradualmente, no trabalho de dispersão de campo, a gente tinha que tá focando nessa mudança, de que as metas não eram pra aumentar o trabalho, mas pra melhorar a qualidade, pra poder atender as metas que o ministério cobrava, entendeu? Então assim, a gente precisava das situações de lançamento de produtividade pra mostrar na prática e na teoria que aquilo estava funcionando. Então assim, houve muitas dificuldades no início desse envolvimento. A partir do momento que as equipes começaram a se envolver, aí o plano começou a deslanchar, entendeu?

Pode-se observar o maior envolvimento dos atores sociais no processo, viabilizando a participação da população na programação e do controle social sobre as ações e serviços da ESF, através dos Conselhos Locais de Saúde.

M – Quanto mais pessoas participam do acolhimento, um acolhimento bem feito, a tendência é ir diminuindo. Porque eu acredito, isso é uma questão da minha unidade, Outra coisa é o envolvimento, eu acho que a gente esqueceu de falar dos Conselhos de Saúde também. No meu caso, o meu conselho é bem atuante, eles são bem brigões e tal, mas quando, o 'T' se reuniu com eles, a gente reuniu também, passou o que seria feito

e aí teve o apoio do conselho, isso ajudou muito a gente. Eles iam na unidade de manhã cedo, explicar como seria, junto com a gente. Eles participaram junto com a gente.

De – Toda essa pactuação que foi feita, ela foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde. A gente também, nas reuniões de conselho local e regional a gente também falou sobre isso. O Conselho tava ciente do que tava acontecendo, sempre ciente do que tava acontecendo e foi até parceiro nesse processo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A programação local em saúde utilizada pelas equipes de saúde da família (EqSF) no município de Juiz de Fora, MG, a partir das percepções extraídas pelas equipes participantes do grupo focal e pelos achados oriundos das documentações oficiais coletadas, possibilitou a ocorrência do processo de mudança na organização das práticas das ações e serviços desenvolvidos pela Atenção Primária em Saúde.

Observou-se, da mesma forma, os limites existentes com a utilização da programação local em saúde pelas ESF do município estudado, não restando dúvidas quanto a sua necessidade de aprimoramento, em especial, na utilização da ferramenta.

Por outro lado, também foi observado suas potencialidades e contribuições para a construção de novos arranjos assistenciais no interior das ESF's, favorecendo mudanças significativas para a melhoria das ações e serviços desenvolvidos pela UBS.

Portanto, como vimos nos aspectos teóricos sobre a programação local em saúde, seu atributo vinculado a uma concepção racionalizadora e com foco na epidemiologia, não isentou das inúmeras contribuições favorecedoras no interior das ESF's, compreendido pelos achados documentais e pela percepção dos trabalhadores das ESF, como visto na seção anterior.

Vale ressaltar que a utilização de planilhas de controle e monitoramento da programação local em saúde (APENDICE D) foi um instrumento de simples interface auxiliando a apropriação por todas as ESF do município, não impondo maiores dificuldades tecnológicas no uso da ferramenta (Fácil assimilação pelos trabalhadores das ESF's).

Uma das limitações observadas, cotejando com os critérios de análise desta pesquisa, foi a evidência da baixa capacidade de comunicação da programação local em saúde com os usuários dos serviços. Isto porque observou-se maior relevância aos produtos das intervenções do que os processos de interação entre profissionais e usuários, em decorrência do predomínio do conceito operacional sobre o conceito amplo do problema.

Por outro lado, observou-se o propósito em buscar o envolvimento dos atores sociais no processo, viabilizando a participação efetiva da população no planejamento, através das participações consultivas estabelecidas pelas reuniões pautadas nos conselhos locais de saúde, assim como o conjunto de deliberações produzido pelo Conselho Municipal de Saúde.

Uma das observações encontradas para superação da possível ausência de comunicação com os usuários, foi a realização das salas de espera, grupos e ações de promoção em saúde, superando a baixa comunicação entre profissionais e usuários, apesar da excessiva centralização técnica na organização e formatação da programação em saúde.

Vale destacar, que a programação local em saúde trouxe aspectos inovadores na perspectiva da integração das ações e serviços conectando ao planejamento mais abrangente da Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora, MG.

Sua estratégia de implantação pode contribuir com o aporte de conhecimento sobre o território e a caracterização diagnóstica de base populacional, direcionando a programas mais relevantes frente a necessidade de saúde mais prevalente no território.

Desta forma, observou-se que a implantação da programação favoreceu a organização das ofertas de consultas de retorno e seguimento do cuidado pelas características atribuídas a ferramenta, em especial na elaboração da agenda programada e pelo uso de parâmetros clínicos ditados pelas linhas de cuidado incorporadas na ferramenta.

Ou seja, o aspecto operacional da modelagem da programação local conecta os programas, enquanto uma série de intervenções planejadas por ciclo de vida, condições ou patologias. Portanto, os programas de acompanhamento a criança, adulto, gestantes, mulheres e idosos são fatores relevantes no cuidado à condição crônica e potente indutor das redes de atenção à saúde.

Também, destaca-se o fator estabelecido no interior da programação em saúde a questão dos grupos humanos prioritários em decorrência das condições de pauperização das condições de vida, estabelecendo uma aproximação ao conceito de necessidades sociais.

Propicia a organização das atividades no território, seja na quantificação dos procedimentos ou nas propostas assistências emanadas pelas políticas públicas de saúde, produzindo a atenção à saúde de base territorial e hierarquizada, o que contribui com arranjos assistenciais oportunizando a integração de práticas individuais e coletivas na APS.

Vale ressaltar que o presente estudo de caso tem suas limitações pelo universo de atores participantes no grupo focal e da natureza “fria” dos documentos coletados durante a pesquisa de campo. Porém, pelos pressupostos metodológicos, reconhece o caráter qualitativo de investigação no estudo de caso das ESF’s selecionadas e pelos objetivos intrínsecos aos interesses da própria pesquisa.

Os resultados encontrados indicam contribuições da programação local em saúde na organização das práticas assistenciais nas ESF, favorecendo o alcance dos atributos desejáveis para uma atenção primária em saúde de qualidade, apesar de reconhecermos também seus limites.

Da mesma forma, evidencia-se que a programação local em saúde pode conectar o planejamento das políticas públicas de saúde mais abrangentes às práticas desenvolvidas pelos trabalhadores por meio da organização dos serviços e seus fluxos assistenciais de atenção aos

usuários, em acordo com a quantidade de procedimentos necessários para a cobertura da oferta pretendida.

Portanto, a programação local em saúde é um dispositivo gerencial que pode contribuir com a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções no âmbito da promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento. Ainda, favorece a incorporação das tecnologias de gestão da clínica, organizadas por ciclo de vida, condição de saúde ou patologia estabelecidas pela identificação das necessidades de saúde do território de atuação das ESF's.

Ou seja, a programação local em saúde pode contribuir para a readequação das práticas na atenção primária em saúde considerando o seu favorecimento no manejo da condição crônica com vistas à coordenação ao longo do contínuo assistencial nos diferentes serviços de saúde.

O PDAPS, com o destaque ao recorte realizado na incorporação da programação local em saúde, avoca a capacidade, enquanto política pública, da garantia do direito à saúde, pois se alinha com os atuais ordenamentos jurídicos no campo da saúde. Podemos demarcar duas normas disciplinares afetas ao modelo de atenção à condição crônica, sendo a primeira, a Portaria MS/GM nº 2.436 de 21 de setembro de 2017³⁰ e a Decreto GM/MS nº 252/2013, que instituem, respectivamente, a Política Nacional da Atenção Básica no âmbito do SUS e que regulamenta as Redes de Atenção à Saúde (RAS) identificando a Atenção Primária como centro organizador da rede de cuidado, no contexto do manejo a condição crônica pelas ESF's

³⁰ Substitutiva a Portaria MS/GM nº 2.488/2011

REFERÊNCIAS

- ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. DA S.; SÁ, M. DE C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 4, p. 723–740, out. 1997.
- AYRES, J. R. DE C. M. O Enfoque de Risco na Programação em Saúde: fundamentos e perspectivas. 1995.
- BUSS, P.M. Saúde Pública Hoje. In: Pesquisa em saúde coletiva, fronteiras, objetos e métodos. Organizado por Virginia Alonso Hortale... (*et al.*). Rio de Janeiro, RJ. Editora Fiocruz, 2018. 2ª reimpressão
- CASTIEL, L. D. Planejamento em Saúde e Epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio? 1985.
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata:URSS, setembro, 1978.
- Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html>
- ESP-MG. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/pdaps-oficina3-facilitador.pdf>>
- ESP-MG. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: oficinas 1 e 2 Redes de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde – Guia do tutor/facilitador. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.
- ESP-MG. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: oficina 3 Diagnóstico local – Guia do tutor/facilitador. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.
- ESP-MG. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: oficina 4 Programação local e municipal – Guia do tutor/facilitador. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.
- HAM, C. et al. – Getting the basics rights: final reports on the care closer to home, making the shift programme. Warwick, Institute for Innovation and Improvement, 2007.
- HARTZ, Z. M.; POUVOURVILLE, G. DE. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, p. 68–82, 1998.
- HORTALE, V. A... (*et al*) Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro, RJ. Editora Fiocruz, 2018. 2ª reimpressão
- MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). p. 264, 2011.

- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª edição ed. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E.V. *et al.* Território: conceitos-chave. In. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- MERHY, E. E. Efeitos diante do convite de construir um espaço comum entre formuladores sobre gestão e planejamento em saúde no Brasil. 2010.
- MEHRY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento de saúde no Brasil. In: GALLO, E. *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional da Atenção Básica. Brasília, 2011
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 21 set. 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Competência para o Trabalho em Uma Unidade Básica de Saúde Sob a Estratégia de Saúde da Família – Médico e Enfermeiro. Brasília, novembro, 2000
- NEMES, M. I. B. Prática Programática em Saúde. In: Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. Saúde em Debate. 2ª Edição ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- OPAS/OMS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.
- PAIM, J. S. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador, BA: EDUFBA, 2006.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública, v. 40, n. spe, p. 73–78, ago. 2006.
- PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Define o campo das práticas de atenção à condição crônica na Atenção Primária à Saúde, orientadas por linhas de cuidado, através da Programação Local nas UBS do município de Juiz de Fora e dá outras providências. Disponível em: <https://jflgis.pjf.mg.gov.br/c_norma.php?chave=0000039072>. Acesso em: 24 mar. 2019.
- PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Lei Complementar nº 049. Institui no Município de Juiz de Fora o Incentivo Financeiro para o Desenvolvimento do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB) abrigando ou não Saúde Bucal (...) e dá outras providências. 01 jul. 2016.
- PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Plano diretor da atenção primária em saúde – Projeto de Implantação. Thiago Campos Horta, Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães ... *et al.* – Juiz de Fora (MG), 2014. 133 p.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Plano Municipal de Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conseelhos/cms/arquivos/plano_saude_2014_2017.pdf>

RIVERA, F. J. U. (Org.) Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. 2.ed. Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1992.

RIVERA, F. J. U. A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. 1989.

SANTANA, R.M., and TAHARA, Â.T.S. Planejamento em saúde na América Latina. In: Planejamento em Enfermagem: aplicação do processo de enfermagem na prática administrativa [online]. Ilhéus: Editus, 2008, pp. 26-32

SCHRAIBER, L. B. (ED.). Programação hoje: a força do debate. In: Programação em saúde hoje. Saúde em debate ; Série “Didática”. São Paulo: Editora Hucitec, 1993. p. 11–35.

SCHRAIBER, L. B. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. 1999.

SCHRAIBER, L. B.; VILASBÔAS, A. L. Q.; NEMES, M. I. B. A Programação em Saúde e Organização das Práticas: Possibilidades de Integração entre ações individuais e coletivas no SUS. In: Saúde coletiva: teoria e prática. 1ª ed. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 83–93.

SHIMAZAKI, M.E. Protocolos clínicos nas unidades básicas de saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2006.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E. V. (Org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1994.

TEIXEIRA, C. F. Glossário: termos e expressões mais comuns em política, planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde.

YIN, R. K. Estudo de caso: Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2003.

World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Acesso em: 02 ago.2021

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“O processo de implantação do PDAPS em Juiz de Fora – MG: contribuição à discussão da programação local em saúde”**, desenvolvida por **Thiago Augusto Campos Horta**, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof^a Dr^a Vanessa Costa e Silva. O objetivo central do estudo é analisar o processo de implantação do PDAPS como contribuição à discussão da programação local em saúde, no período de 2014 a 2016.

O convite a sua participação se deve ao enquadramento estabelecido no referencial metodológico, disposto no projeto de pesquisa, do qual abarcou os seguintes critérios: Equipe mínima de programação – Médico, Enfermeiro e ACS, que atuam na ESF do município desde 2014, sendo que as equipes tenham participado das oficinas do PDAPS no referido período; que possuam características mínimas de representação na APS do município, sendo 01 (uma) ESF situada na região rural e 03 (três) na região urbana, sendo que estas estejam distribuídas entre as áreas de menor ao maior grau de vulnerabilidade e risco social.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas todas as medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, sendo que apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Contudo, por se tratar de um estudo de caso, com critérios de seleção das Unidades previamente delimitadas no projeto de pesquisa, não é possível a garantia do anonimato, privacidade ou sigilo pois há o risco indireto de identificação do participante. Caso haja o desejo do participante da pesquisa que seu nome ou de sua instituição conste do trabalho final, tal intento será respeitado. Ainda, a qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através do seguinte meio de contato: thiago.pjf@gmail.com (aos cuidados de Thiago Horta)

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício, diretos ou indiretos, relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa é o proporcionar melhor compreensão acerca da implantação do Plano Diretor da Atenção

Primária em Saúde (PDAPS), no município de Juiz de Fora no período de 2014 a 2016, em especial no que se refere ao uso da Programação Local em Saúde pelas Equipes de Saúde da Família (ESF)

Toda pesquisa possui riscos potenciais. Maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. Neste caso, os riscos estão na identificação indireta devido o número restrito de participantes.

Os resultados serão apresentados aos participantes em relatórios individuais para os entrevistados.

Observações Finais:

Este Termo é redigido em duas sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863 / E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br / <http://www.enso.fiocruz.br/etica>
Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável (Profª Drª Vanessa Costa e Silva - ENSP/FIOCRUZ): Tel / e-mail

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**O processo de implantação do PDAPS em Juiz de Fora – MG: contribuição à discussão da programação local em saúde**” e concordo em participar.

- Autorizo a gravação da entrevista.
 Não autorizo a gravação da entrevista.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO E ASSUNÇÃO DA CO-RESPONSABILIDADE



Autorização de realização e assunção da co-responsabilidade

Instituição Coparticipante: Secretaria Municipal de Saúde / PJF

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético nº _____, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa intitulado *O processo de implantação do PDAPS em Juiz de Fora – MG: contribuição à discussão do planejamento local em saúde*, sob responsabilidade de **Thiago Augusto Campos Horta** e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Assinatura e carimbo do responsável institucional*

*Esta autorização deve ser assinada pelo dirigente da instituição ou representante legal.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS PARA O GRUPO FOCAL

Roteiro de coleta de dados para o Grupo Focal

Momento Inicial

QUESTÃO	ESCLARECIMENTOS
Rapport	

Objetivo 1: Descrever a experiência da elaboração da programação local nas ESF's;

QUESTÃO	ESCLARECIMENTOS
Como foi a experiência na elaboração da programação local na sua equipe?	
Quais instrumentos ou recursos foram utilizados na programação local? Quem foram os participantes?	
Como a Programação interagiu com a organização: da oferta; do trabalho e da equipe?	

Objetivo 2: Verificar a utilização da programação local em saúde na organização das ações de saúde das ESF's;

QUESTÃO	ESCLARECIMENTOS
Qual a sua avaliação sobre a utilização da Programação?	
Sobre a organização das atividades no território, como foi utilizado a Programação?	
Como a Programação interagiu com a organização: da oferta; do trabalho e da equipe?	

APENDICE D: PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE UTILIZADA PELO MUNICIPIO PARA A PACTUAÇÃO DAS AÇÕES, SERVIÇOS E METAS.³¹

³¹ Os dados numéricos referem-se a coleta documental da planilha como documento oficial dos registros consolidado das planilhas de programação local em saúde preenchidas pelas EqSF's. Os dados são referentes ao consolidado acumulado até o período de dezembro de 2015.

SECRETARIA DE SAÚDE



SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL

UAPS

EQUIPE

(CLIQUE EM UMA DAS CÉLULAS ABAIXO PARA NAVEGAR NA PLANILHA)

TUTORIAL

MENU

1. **Cadastro e classificação familiar**

6. **Programação Gestante**

2. **Situação de Saúde**

7. **Programação Idoso**

3. **Programação Criança**

8. **Ações gerais**

4. **Programação Adolescente**

9. **Consolidado / Agenda semanal**

5. **Programação Adulto**

10. **Monitoramento**

Organização: Thiago Horta e Claudia Franco

Fonte: PDAPS, SES-MG/ESPMG, 2008

TUTORIAL

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DA PLANILHA

Em todas as planilhas a barra de fórmulas permanecerá oculta: se considerar necessária a exibição clicar em Exibir - Barra de fórmulas

Os cabeçalhos estão congelado para facilitar a visualização

Algumas células foram bloqueadas por se tratarem de fórmulas já fixadas para cálculo de incidência ou prevalência e de programação.

As células de fundo cinza são aquelas não bloqueadas, devendo ser preenchidas com os dados de diagnóstico e programação.

Alguns cálculos não poderão ser realizados pela ausência de informação. Portanto a célula aparecerá vazia ou com os dizeres "#DIV/0!".

A planilha está configurada para arredondar os valores. Por isso, em algumas situações (como a programação da Hanseníase) o número de usuários pode ser "0" enquanto o número de atividades correspondentes é igual a "1".

Planilha: Cadastro

Registrar o número de pessoas cadastradas, por sexo e por faixa etária.

O número total de pessoas por faixa etária e a porcentagem da população total, assim como o número de usuários por sexo e o número total de usuários serão calculados automaticamente.

Planilha: Situação de Saúde

Esta planilha contém os dados relativos às patologias ou condições prioritárias, com os parâmetros para incidência/ prevalência ou para as principais ações de saúde, por ciclo de vida.

O cálculo da população alvo estimada será feito automaticamente.

Registrar o número de usuários da população alvo atendida assim como o número de procedimentos das principais ações de saúde realizadas.

Fazer a análise comparativa entre a população alvo estimada e aquela atendida.

Planilhas: Programação da Atenção à CRIANÇA, ADOLESCENTE, ADULTO, GESTANTE e IDOSO

As planilhas apresentam os principais resultados a serem alcançados na saúde da criança, adolescente, adulto, gestante e idoso, assim como as atividades mínimas que devem ser realizadas para o alcance dos resultados e os parâmetros para realização destas atividades.

A "META PROGRAMADA" corresponde à cobertura da população alvo que se pretende atingir no prazo estabelecido. Este valor numérico deve ser definido pela equipe, sendo no mínimo igual à cobertura já realizada, e lançado neste campo específico (%). O cálculo do novo número de usuários beneficiados e das atividades a serem realizadas é feito automaticamente.

Adolescente: vacinação: Para cálculo do número de adolescentes na faixa etária de 10-11 anos, dividiu-se o total de adolescentes de 10 a 14 anos por 5. Para cálculo do número de adolescentes na faixa etária de 15-16 anos, dividiu-se o total de adolescentes de 15 a 19 anos por 5.

Memória de cálculo - Prevenção do câncer da Mulher:

25-39 anos: Número total de mulheres da faixa etária de 25 a 39 anos subtraído do número de hipertensas (20%), de diabéticas (5,2% são diabéticos sem hipertensão e 2,8% são diabéticos com hipertensão) e de gestantes adultas (78,28% das gestantes são adultas e 21,72% é adolescente). Finalmente, o resultado é dividido por 2 porque metade dos exames é realizado pelo médico e metade pelo enfermeiro.

40-49 anos: Número total de mulheres da faixa etária de 40 a 49 anos subtraído do número de hipertensas e diabéticas (total de 25,2%) e das que fizeram coleta de papanicolau (1/3).

Este número é dividido por 2 porque metade dos exames é realizado pelo médico e metade pelo enfermeiro

-

Planilha: 8 - Consolidado

No campo "PADRONIZAÇÃO DO ATENDIMENTO" a equipe deve definir a duração do atendimento padrão (que corresponde a uma consulta médica ou de enfermagem, procedimento técnico de enfermagem e visita domiciliar) a ser realizado por profissional (a planilha calculará o número de atendimentos por hora) e a sua carga horária diária.

A planilha também calculará o número total de atendimentos por dia, semana, mês e ano. Para o cálculo da capacidade potencial de atendimento anual, consideram-se 11 meses de trabalho, deixando 1 mês para férias.

A partir definição da duração em minutos das atividades programadas, será calculado o número correspondente de atendimentos padrão, permitindo o cálculo do consolidado.

No campo "CONSOLIDADO DO ATENDIMENTO" serão transferidos os dados do quantitativo de atividades programadas por profissional e por ciclo de vida, condição ou patologia, chegando-se a um total de atendimentos por profissional, por ano, mês, semana e dia.

A partir disso pode-se fazer a análise comparativa do atendimento diário programado com o atendimento à demanda espontânea, em número de atendimentos e horas ocupadas.

Para a análise do "ATENDIMENTO SEMANAL" deve ser definido o número de horas destinadas à educação permanente e atividades administrativas. A planilha calculará, então, o tempo (número de horas e porcentual correspondente) destinado ao atendimento programado, atendimento à demanda espontânea, educação permanente e atividades administrativas.

A partir da Planilha 8 - Consolidado, através da análise do "ATENDIMENTO SEMANAL", iremos construir a Agenda da Semana, considerando o resultado obtido. (O Modelo da Agenda da Semana será fornecido posteriormente pela SSAPS/DDAPS)

CADASTRO FAMILIAR					
FAIXA ETÁRIA - ANOS		FEMININO	MASCULINO	TOTAL	%
CRIANÇA	< 1 mês			0	0,00
	1 a 11 meses	3.266	3.412	6678	1,27
	1 a 4 anos	13.567	14.146	27713	5,26
	5 a 9 anos	18.222	18.727	36949	7,02
	Sub-total crianças	35055	36285	71340	13,54
ADOLESCENTE	10 a 14 anos	19.421	19.619	39040	7,41
	15 a 19 anos	21.079	21.450	42529	8,07
	Sub-total adolescentes	40500	41069	81569	15,49
ADULTO	20 a 29 anos	46.843	45.589	92432	17,55
	30 a 39 anos	41.413	38.245	79658	15,12
	40 a 49 anos	40.717	34.626	75343	14,30
	50 a 59 anos	33.411	27.045	60456	11,48
	Sub-total adultos	162384	145505	307889	58,46
IDOSO	60 a 69 anos	20.155	15.015	35170	6,68
	70 a 79 anos	12.227	8.046	20273	3,85
	≥ 80 anos	6.919	3.549	10468	1,99
	Sub-total idosos	39301	26610	65911	12,51
Total		277.240	249.469	526.709	100

**SITUAÇÃO DE SAÚDE
DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS**

PÚBLICO / AÇÃO DE SAÚDE	PARÂMETRO	POP. ALVO ESTIMADA	POP. ALVO ATENDIDA	COBERTURA DE ATENDIMENTO	
1. CRIANÇA					
Crianças < 1 ano, com risco do grupo I (ver Linha-guia Atenção à Saúde da Criança)	10% das crianças < 1 ano podem ser consideradas com algum dos fatores de risco do grupo I e devem ser acompanhadas	100,0%	6678	3.595	54%
Crianças < 1 ano, com risco do grupo II (ver Linha-guia Atenção à Saúde da Criança)	20% das crianças < 1 ano podem ser consideradas com algum dos fatores de risco do grupo II e devem ser acompanhadas	20,0%	1336	x	0%
Crianças 1-5 anos, com risco do grupo I (ver Linha-guia Atenção à Saúde da Criança)	10% das crianças 1-5 anos podem ser consideradas com algum dos fatores de risco do grupo I e devem ser acompanhadas	10,0%	2771	x	0%
Crianças 1-5 anos, com risco do grupo II (ver Linha-guia Atenção à Saúde da Criança)	20% das crianças 1-5 anos podem ser consideradas com algum dos fatores de risco do grupo II e devem ser acompanhadas	20,0%	5543	x	0%

2. ADOLESCENTE

Gravidez na adolescência	18% do total de gestantes	21,72%	1523		0%
Sobrepeso e obesidade	40% dos adolescentes (30% de sobrepeso e 10% de obesidade)	30,0%	24471		0%

3. HIPERTENSÃO (inclui adulto e idoso)

Total de hipertensos	20% da população adulta e idosa	20,0%	74760	37.613	50%
Baixo risco	40% dos hipertensos	40,0%	29904		0%
Médio risco	35% dos hipertensos	35,0%	26166		0%
Alto e muito alto risco	25% dos hipertensos	25,0%	18690		0%

4. DIABETE (inclui adulto e idoso)

Total de diabéticos	6% da população adulta e idosa	6,0%	22428	8.578	38%
Sem tratamento medicamentoso	20% dos diabéticos	20,0%	4486		0%
Não usuário de insulina sem hipertensão	30% dos diabéticos	30,0%	6728		0%
Não usuário de insulina com hipertensão	35% dos diabéticos	35,0%	7850		0%
Usuário de insulina	15% dos diabéticos	15,0%	3364		0%

5. TUBERCULOSE (toda a população)

Sintomático respiratório	1% da população geral	1,0%	5267	255	5%
Usuário com tuberculose pulmonar bacilífera	4% dos sintomáticos respiratórios	4,0%	211	43	20%
Contatos de bacilíferos	4 pessoas / usuário com TB	4	843		0%

6. HANSENÍASE (toda a população)

Sintomático dermatológico	2% da população	2,0%	10.534		0%
Usuários com suspeição de hanseníase	10% dos sintomáticos dermatológicos	10,0%	1.053		0%
Usuários com hanseníase	1,54/10.000 habitantes (corresponde a 0,015% da população)	0,015%	79	37	47%
Surtos reacionais	30% dos usuários com hanseníase	30,0%	23,7		0%
Contatos	4 contatos por usuário com hanseníase	4	316		0%

7. HIV/AIDS

Soropositividade	0,6% da população 15 a 49 anos	0,60%	1740		0%
------------------	--------------------------------	-------	------	--	----

8. SAÚDE MENTAL (inclui adulto e idoso)					
Transtornos mentais	20% da população adulta e idosa	20,0%	74760		0%
Uso de substâncias lícitas ou ilícitas	12% da população adulta e idosa	12,0%	44856		0%
Uso prejudicial ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas	6% dos que usam substâncias	6,0%	2691		0%
Patologias	10% da população adulta e idosa	10,0%	37380		0%
Patologias graves	3% dos usuários com patologia	3,0%	1121		0%
9. CÂNCER DA MULHER					
Coleta de exame papanicolau	33% das mulheres de 25 a 59 anos realizam coleta a cada 3 anos	33,33%	54123	13.098	24%
Exame clínico das mamas	100% das mulheres de 40 a 49 anos realizam exame clínico anualmente	100,0%	40717		0%
Exame clínico das mamas positivo	17% das mulheres de 40 a 49 anos	17,0%	6922		0%
Realização de mamografia	100% das mulheres de 40 a 49 anos com exame clínico de mama positivo realizam mamografia	100,0%	6922		0%
	50% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos realizam mamografia a cada 2 anos	50,0%	26783		0%

10. GESTANTE					
Gestante	Nº total de gestantes do ano anterior (número de DNV) + 5%	105,0%	7012	1.955	28%
Gestantes de Risco Habitual e de Alto Risco que podem ser acompanhadas na UAPS	85% das gestantes	85,0%	5960		0%
Gestantes de Alto Risco que devem ser encaminhadas ao Serviço de Referência	15% das gestantes	15,0%	1052		0%
11. IDOSO					
Acompanhamento dos idosos de risco habitual	80% dos idosos de 60 a 79 anos são considerados de risco habitual	80,0%	44354		0%
Acompanhamento dos idosos de alto risco ou idoso frágil	100% dos idosos ≥ 80 anos são considerados de alto risco	100,0%	10468		0%
	20% dos idosos de 60 a 79 anos são considerados de alto risco	20,0%	11089		0%

SAÚDE DA CRIANÇA						
ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
ACOMPANHAMENTO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA						
Realizar visita domiciliar para todos os RN, nas primeiras 24/48 horas pós-alta.	100% dos RN recebem visita domiciliar nas primeiras 24/48 horas pós-alta para: - ações de educação em saúde; - orientação sobre Ações do 5º Dia e cadastro na puericultura; - identificação de RN de risco.	ACS	100%	7012 RN	7012 visitas domiciliares	1 ano
Realizar a Triagem Neonatal para todas os RN, conforme o preconizado no Protocolo.	100% dos RN realizam o Teste do Pezinho entre o 3º e 7º dia de vida.	Técnico de enfermagem	100%	7012 RN	7012 testes do pezinho	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todas as crianças (com e sem risco) no primeiro ano de vida.	100% das crianças inscritas realizam no mínimo 7 consultas (3 médicas e 4 de enfermagem) no primeiro ano de vida, sendo no mínimo: - 3 consultas no 1º trimestre; - 2 consultas no 2º trimestre; - 1 consulta no 3º trimestre; - 1 consulta no 4º trimestre;	Médico	100%	7012 crianças < 1 ano	### consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	7012 crianças < 1 ano	### consultas de enfermagem	1 ano

Garantir a imunização conforme o preconizado no Protocolo.	100% das crianças menores de 1 ano inscritas na puericultura são imunizadas conforme o calendário vacinal vigente. Cada criança receberá 8 aplicações.	Técnico de enfermagem	100%	7012 crianças < 1 ano	### aplicações de vacina	1 ano
Realizar atividades educativas alternadas com as consultas da puericultura.	As mães ou responsáveis de 100% das crianças inscritas na puericultura participam de 4 atividades educativas durante o primeiro ano de vida da criança, sendo: - 2 conduzidas pelo médico; - 2 conduzidas pelo enfermeiro. Atividades educativas: - grupos de 20 participantes; - duração de 1 hora.	Médico	100%	7012 crianças < 1 ano	701 atividades educativas	1 ano
		Enfermeiro	100%	7012 crianças < 1 ano	701 atividades educativas	1 ano

ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS DE RISCO

Realizar consultas de acompanhamento para todas as crianças < 5 anos do Grupo I de Risco.	100% das crianças < 5 anos do grupo I de risco realizam consultas médicas e de enfermagem alternadas, sendo: - crianças < 1 ano: 3 consultas médicas e 2 de enfermagem, realizadas nos meses em que não há puericultura, somando, assim, um controle mensal da criança; - crianças de 1 a 4 anos: 2	Médico	100%	6678 crianças < 1 ano do grupo I de risco	### consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	6678 crianças < 1 ano do grupo I de risco	### consultas de enfermagem	1 ano
		Médico	100%	2771 crianças 1 a 4 anos do grupo I de risco	8314 consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	2771 crianças 1 a 4 anos do grupo I de risco	5543 consultas de enfermagem	1 ano

	consultas médicas e 3 de enfermagem.					
Realizar consultas de acompanhamento para todas as crianças < 5 anos do grupo II de risco, em complemento ao acompanhamento do serviço de referência.	100% das crianças < 5 anos do grupo II de risco realizam consultas médicas e de enfermagem alternadas, sendo: - crianças < 1 ano: serão acompanhadas nas consultas de puericultura e no serviço de referência; - crianças de 1 a 4 anos: 1 consulta médica e 1 de enfermagem.	Médico	100%	5543 crianças 1 a 4 anos do grupo II de risco	5543 consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	5543 crianças 1 a 4 anos do grupo II de risco	5543 consultas de enfermagem	1 ano
Realizar atividades educativas alternadas com as consultas.	100% das mães ou responsáveis de crianças de risco I e II participam de 4 atividades educativas anuais (2 conduzidas pelo médico e 2 conduzidas pelo enfermeiro), sendo: - crianças < 1 ano: já participam dos grupos educativos da puericultura e, por isso, não serão consideradas nestes grupos; - crianças de 1 a 4 anos: 4 atividades educativas por ano.	Médico	100%	8314 crianças 1 a 4 anos dos grupos I e II de risco	831 atividades educativas	1 ano
		Enfermeiro	100%	8314 crianças 1 a 4 anos dos grupos I e II de risco	831 atividades educativas	1 ano

SAÚDE DO ADOLESCENTE

ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
ACOMPANHAMENTO DO ADOLESCENTE						
Realizar consulta médica para todos os adolescentes de 10 a 14 anos cadastrados	100% dos adolescentes de 10 a 14 anos inscritos realizam consultas médicas de acompanhamento, sendo: - 1 consulta por ano.	Médico	100%	### adolescentes de 10 a 14 anos	### consulta médica	1 ano
Promover a realização de grupos educativos voltados para os adolescentes e seus familiares	100% dos adolescentes cadastrados participam de grupos educativos, sendo estes: - realizados em outros equipamentos sociais, principalmente a escola; - conduzidos pelos profissionais destas unidades, capacitados pela equipe da UAPS; - com participação dos profissionais da UAPS em 2 encontros anuais (1 com participação do médico e 1 do enfermeiro).	Médico	100%	### adolescentes	4078 atividades educativas	1 ano
		Enfermeiro	100%	### adolescentes	4078 atividades educativas	1 ano
Garantir imunização para todos os adolescentes inscritos	100% dos adolescentes inscritos são imunizados conforme o calendário vacinal vigente: - 1 dose Anti-Febre Amarela aos 10 anos; - 1 dose de Anti-Tetânica aos 15 anos.	Técnico de enfermagem	100%	7808 adolescentes de 10 a 11 anos	7808 aplicações de vacina	1 ano
		Técnico de enfermagem	100%	8506 adolescentes de 15 a 16 anos	8506 aplicações de vacina	1 ano

ACOMPANHAMENTO DO ADOLESCENTE DE RISCO						
Realizar consultas para todas as adolescentes do sexo feminino que manifestarem interesse de receber métodos anticoncepcionais	100% dos adolescentes do sexo feminino que manifestarem interesse realizam 1 consulta médica e de 1 de enfermagem, com intervalo de 6 meses, para orientação sobre métodos anticoncepcionais. <u>Obs:</u> 1. Considerando que a idade média de início da atividade sexual é de 15,5 anos para as meninas, será considerada no cálculo apenas a faixa etária de 15 a 19 anos.2. As adolescentes grávidas não receberão esta orientação na consulta de pré-natal. Portanto, no cálculo da planilha de consolidado, o número destas adolescentes será subtraído do total de adolescentes do sexo feminino para esta atividade específica.	Médico	100%	### adolescentes do sexo feminino	### consulta médica	1 ano
		Enfermeiro	100%	### adolescentes do sexo feminino	### consultas de enfermagem	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todos os adolescentes com sobrepeso e obesidade.	100% dos adolescentes com sobrepeso e obesidade realizam 3 consultas anuais, sendo: - 1 consulta médica; - 2 consultas de enfermagem. <u>Obs:</u> os adolescentes de 10 a 14 anos serão avaliados pelo médico na consulta anual já programada. Portanto, no cálculo da planilha de consolidado, o número destes adolescentes será subtraído do total de adolescentes para esta atividade específica.	Médico	100%	### adolescentes	### consulta médica	1 ano
		Enfermeiro	100%	### adolescentes	### consultas de enfermagem	1 ano

SAÚDE DO ADULTO

ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
Acompanhamento do usuário com HIPERTENSÃO ARTERIAL						
Realizar Grupos Operativos/ Educativos para todos os hipertensos cadastrados.	100% dos hipertensos participam de Grupos Operativos/ Educativos, sendo: - 2 x/ano para o hipertenso de baixo risco, 1 conduzido pelo médico e 1 conduzido pelo enfermeiro; - 3 x/ano para o hipertenso de médio risco, 1 conduzido pelo médico e 2 conduzidos pelo enfermeiro; - 2 x/ano para o hipertenso de alto e muito alto risco, 1 conduzido pelo médico e 1 conduzido pelo enfermeiro; Grupos: - 20 participantes; - duração: 1 hora.	Médico	70%	20933 hipertensos baixo risco	1047 atividades educativas	1 ano
		Enfermeiro	100%	29904 hipertensos baixo risco	1495 atividades educativas	1 ano
		Médico	100%	26166 hipertensos médio risco	1308 atividades educativas	1 ano
		Enfermeiro	100%	26166 hipertensos médio risco	2617 atividades educativas	1 ano
		Médico	100%	18690 hipertensos alto e muito alto risco	935 atividades educativas	1 ano
		Enfermeiro	100%	18690 hipertensos alto e muito alto risco	935 atividades educativas	1 ano
Realizar consultas complementares de enfermagem após os Grupos Operativos/ Educativos para todos os hipertensos cadastrados.	100% dos hipertensos realizam consulta complementar de enfermagem, sendo: - 2 cons/ano para o hipertenso de baixo risco; - 3 cons/ano para o hipertenso de médio risco; - 2 cons/ano para o hipertenso de alto e muito alto risco.	Enfermeiro	100%	29904 hipertensos baixo risco	### consultas complementares de enfermagem	1 ano
		Enfermeiro	100%	26166 hipertensos médio risco	### consultas complementares de enfermagem	1 ano
		Enfermeiro	100%	18690 hipertensos alto e muito alto risco	### consultas complementares de enfermagem	1 ano

Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos cadastrados, sendo consultas domiciliares no caso de usuários acamados.	100% dos hipertensos cadastrados realizam consultas médicas e de enfermagem de acompanhamento, sendo: - hipertenso de baixo risco: 1 consulta médica/ano; - hipertenso de médio risco: 2 consultas/ano (1 médica e 1 de enfermagem); - hipertenso de alto e muito alto risco: 2 consultas/ano (1 médica e 1 de enfermagem), em complemento às consultadas do centro de referência.	Médico	100%	29904	hipertensos baixo risco	###	consultas médicas	1 ano
		Médico	100%	26166	hipertensos médio risco	###	consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	26166	hipertensos médio risco	###	consultas de enfermagem	1 ano
		Médico	100%	18690	hipertensos alto e muito alto risco	###	consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	18690	hipertensos alto e muito alto risco	###	consultas de enfermagem	1 ano
Realizar visitas domiciliares para todos os hipertensos cadastrados.	100% dos hipertensos recebem visitas domiciliares mensais.	ACS	100%	74760	hipertensos	###	visitas domiciliares	1 ano

Acompanhamento do usuário com DIABETES

Realizar Grupos Operativos/Educativos para todos os diabéticos cadastrados.	100% dos diabéticos participam de Grupos Operativos/Educativos, sendo: - 2 x/ano para o diabético sem tratamento medicamentoso, 1 conduzido pelo médico e 1 pelo enfermeiro; - 3 x/ano para o diabético não usuário de insulina <u>sem</u> hipertensão, 1 conduzido pelo médico e 2 pelo enfermeiro; - 2 x/ano para o diabético usuário de insulina, 1 conduzido pelo	Médico	100%	4486	diabético s/ trat. med.	224	atividades educativas	1 ano
		Enfermeiro	100%	4486	diabético s/ trat. med.	224	atividades educativas	1 ano
		Médico	100%	6728	diabético ã us. insulina s/ hipert.	336	atividades educativas	1 ano
		Enfermeiro	100%	6728	diabético ã us. insulina s/ hipert.	673	atividades educativas	1 ano
		Médico	100%	3364	diabético usuário de insulina	168	atividades educativas	1 ano

	<p>médico e 1 pelo enfermeiro.</p> <p>Obs: os diabéticos não usuários de insulina <u>com</u> hipertensão já participam dos grupos operativos programados para o usuário com hipertensão.</p> <p>Grupos: - 20 participantes; - duração: 1 hora.</p>	Enfermeiro	100%	3364	diabético usuário de insulina	168	atividades educativas	1 ano
Realizar consultas complementares de enfermagem após os Grupos Operativos/ Educativos para todos os diabéticos cadastrados.	<p>100% dos diabéticos realizam consulta complementar de enfermagem, sendo:</p> <p>- 2 x/ano para o diabético sem tratamento medicamentoso; - 3 x/ano para o diabético não usuário de insulina sem hipertensão; - 2 x/ano para o diabético usuário de insulina.</p> <p>Obs: os diabéticos não usuários de insulina <u>com</u> hipertensão já participam dos grupos operativos programados para o usuário com hipertensão.</p>	Enfermeiro	100%	4486	diabético s/ trat. med.	8971	consultas complementares de enfermagem	1 ano
		Enfermeiro	100%	6728	diabético ã us. insulina s/ hipert.	###	consultas complementares de enfermagem	1 ano
		Enfermeiro	100%	3364	diabético usuário de insulina	6728	consultas complementares de enfermagem	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todos os diabéticos cadastrados, sendo consultas domiciliares no caso de usuários acamados.	<p>100% dos diabéticos realizam consulta, sendo:</p> <p>- diabéticos sem tratamento medicamentoso: 1 consulta médica; - diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão: 2 consultas médicas; - diabéticos usuários de insulina: 2 consultas médicas e 1 consulta de enfermagem.</p> <p>Obs: os diabéticos não usuários de insulina <u>com</u> hipertensão já participam dos grupos operativos programados para o</p>	Médico	100%	4486	diabético s/ trat. med.	4486	consultas médicas	1 ano
		Médico	100%	6728	diabético ã us. insulina s/ hipert.	###	consultas médicas	1 ano
		Médico	100%	3364	diabético usuário de insulina	6728	consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	3364	diabético usuário de insulina	3364	consultas de enfermagem	1 ano

	usuário com hipertensão.					
Realizar visitas domiciliares mensais, pelo ACS, para todos os diabéticos cadastrados.	100% dos diabéticos recebem visitas domiciliares.	ACS	100%	22428 diabéticos	###	visitas domiciliares 1 ano

Acompanhamento do usuário com TUBERCULOSE

Realizar consulta médica para todos os adultos sintomáticos respiratórios.	100% dos adultos sintomáticos respiratórios realizam 1 consulta médica.	Médico	100%	5267 sintomáticos respiratórios	5267 consultas médicas	1 ano
Realizar consultas para tratamento de todos os usuários que tiveram confirmação do diagnóstico.	100% dos adultos com tuberculose realizam consultas mensais de acompanhamento, sendo: - 3 consultas médicas; - 3 consultas de enfermagem. Duração do tratamento: 6 meses;	Médico	100%	211 usuários com tuberculose	632 consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	211 usuários com tuberculose	632 consultas de enfermagem	1 ano
Realizar consulta médica para todos os contatos de adultos com tuberculose pulmonar.	100% dos contatos realizam consulta médica.	Médico	100%	843 contatos de pacientes com tuberculose	843 consultas médicas	1 ano

Acompanhamento do usuário com HANSENÍASE

Realizar exame de enfermagem para todos os sintomáticos dermatológicos para identificação dos suspeitos de hanseníase.	100% dos sintomáticos dermatológicos realizam 1 exame de enfermagem.	Enfermeiro	100%	10534	sintomáticos dermatológicos	### exames de enfermagem	1 ano
Realizar consulta médica para diagnóstico de hanseníase de todos os usuários suspeitos de hanseníase.	100% dos usuários com suspeição de hanseníase realizam 1 consulta médica.	Médico	100%	1053	usuários com suspeição de hanseníase	1053 consultas médicas	1 ano
Realizar exame dermatoneurológico, por enfermeiro, de todos os contatos dos usuários com hanseníase.	100% dos contatos são examinados.	Enfermeiro	100%	316	contatos de pacientes com hanseníase	316 exames de enfermagem	1 ano
Realizar consultas médicas de todos os usuários com hanseníase.	100% dos usuários realizam consultas, sendo: - 4 consultas médicas; - 4 consultas de enfermagem.	Médico	100%	79	usuários com hanseníase	316 consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	79	usuários com hanseníase	316 consultas de enfermagem	1 ano
Realizar dose supervisionada mensal, por técnico de enfermagem, para todos os usuários com hanseníase.	100% dos usuários com hanseníase recebem dose supervisionada, sendo: - no máximo 12 doses em 18 meses (que corresponde a 8 doses em 12 meses).	Técnico de enfermagem	100%	79	usuários com hanseníase	632 doses supervisionadas	1 ano

Realizar consultas médicas mensais para tratamento – medicamentoso e de estimulação do auto-cuidado - dos usuários com surtos reacionais.	100% dos usuários com surtos reacionais realizam consultas médicas mensais para tratamento.	Médico	100%	24 usuários com surtos reacionais	284	consultas médicas	1 ano
---	---	--------	------	-----------------------------------	-----	-------------------	-------

Acompanhamento do usuário com HIV/AIDS

Realizar aconselhamento pós-teste.	100% dos portadores do HIV testados na UAPS recebem aconselhamento pós-teste por enfermeiro. Obs: onde for possível, o aconselhamento deverá ter a participação do psicólogo e assistente social.	Enfermeiro	100%	1740 portadores de HIV	1740	consultas de enfermagem	1 ano
Realizar 1º atendimento na UAPS para todos os portadores de HIV/aids.	100% dos portadores do HIV conhecidos realizam 1ª consulta médica.	Médico	100%	1740 portadores de HIV	1740	consultas médicas	1 ano
Realizar acompanhamento complementar ao atendimento especializado para todos os portadores de Hiv/aids.	100% dos portadores do HIV realizam 3 consultas médicas por ano.	Médico	100%	1740 portadores de HIV	5219	consultas médicas	1 ano

Prevenção do CÂNCER DA MULHER

Realizar coleta de exame de papanicolau em todas as mulheres da área de abrangência, na faixa etária de 25 a 59 anos, a cada 3 anos.	33% das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos realizam exame de papanicolau anulamente. Obs: 1. Corresponde ao parâmetro de cobertura total, pelo qual 100% das mulheres nesta faixa etária realizam exame de papanicolau a cada 3 anos (1 exame a cada 3 anos, coletado por médico ou enfermeiro); 2. As gestantes e mulheres com hipertensão/diabete farão a coleta do exame na consulta já programada para estas finalidades. Esta superposição será descontada na planilha de consolidado.	Médico	100%	27061	mulheres de 25 a 59 anos	###	consulta médica com coleta de exame papanicolau	1 ano
		Enfermeiro	100%	27061	mulheres de 25 a 59 anos	###	consulta de enfermagem com coleta de exame papanicolau	1 ano
Realizar exame clínico das mamas, anualmente, em todas as mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos.	100% das mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos realizam exame clínico das mamas, sendo: - 1 exame clínico por ano, realizado por médico ou enfermeiro. Obs: 1. As mulheres com hipertensão/diabete, ou que têm coleta de papanicolau agendada, farão o exame clínico da mama na consulta já programada para estas finalidades. Esta superposição será descontada na planilha de consolidado.	Médico	100%	20359	mulheres de 40 a 49 anos	###	consulta médica com exame clínico de mamas	1 ano
		Enfermeiro	100%	20359	mulheres de 40 a 49 anos	###	consulta de enfermagem com exame clínico de mamas	1 ano

Monitorar a realização de mamografia de todas as mulheres com exame clínico positivo.	100% das mulheres da faixa etária de 40 a 49 anos com exame clínico positivo realizam mamografia.	Serviço de referência	100%	6922 mulheres	6922 mamografias	1 ano
Monitorar a realização de mamografia de todas as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.	50% das mulheres da faixa etária de 50 a 69 anos realizam mamografia anualmente. cada 2 anos. Obs: 1. Corresponde ao parâmetro de cobertura total, pelo qual 100% das mulheres nesta faixa etária realizam mamografia a cada 2 anos;	Serviço de referência	100%	53566 mulheres	### mamografias	1 ano

Acompanhamento do usuário em SAÚDE MENTAL

Realizar consultas para todos os usuários com uso prejudicial ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas	100% dos usuário com uso prejudicial ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas, estabilizados, realizam consultas mensais, sendo:	Médico	100%	2691 usuários com uso prejudicial ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas	### consultas médicas	1 ano
	- 6 consultas médicas; - 6 consultas de enfermagem. Obs: onde for possível, estas consultas deverão ser alternadas também com o atendimento de outros profissionais da saúde mental.	Enfermeiro	100%	2691 usuários com uso prejudicial ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas	### consultas de enfermagem	1 ano
Realizar consultas para todos os usuários com patologias graves.	100% dos usuários com patologias graves, estabilizados, realizam consultas mensais, sendo:	Médico	100%	1121 usuários com patologias graves.	6728 consultas médicas	1 ano

	- 6 consultas médicas; - 6 consultas de enfermagem. Obs: onde for possível, estas consultas deverão ser alternadas também com o atendimento de outros profissionais da saúde mental.	Enfermeiro	100%	1121 usuários com patologias graves.	6728 consultas de enfermagem	1 ano
--	--	------------	------	--------------------------------------	------------------------------	-------

SAÚDE DA GESTANTE

ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO

ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

Realizar consultas de pré-natal, para a gestante de risco habitual.	100% das gestantes realizam no mínimo 6 consultas (4 médicas e 2 de enfermagem alternadas), sendo: - 1 consulta no 1º trimestre; - 2 consultas no 2º trimestre; - 3 consultas no 3º trimestre.	Médico	100%	5960 gestantes de risco habitual	23840 consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	5960 gestantes de risco habitual	11920 consultas de enfermagem	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento, complementares àquelas do serviço de referência, para todas as gestantes de alto risco.	100% das gestantes de alto risco realizam consultas de pré-natal médicas e de enfermagem alternadas, sendo: - 4 consultas médicas; - 2 consultas de enfermagem.	Médico	100%	1052 gestantes de alto risco	4207 consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	1052 gestantes de alto risco	2104 consultas de enfermagem	1 ano

Garantir imunização antitetânica.	100% das gestantes inscritas imunizadas segundo o protocolo: - 3 doses de Anti-tetânica (considerar esquema básico completo).	Técnico de enfermagem	100%	7012 gestantes	21036 aplicações de vacina	1 ano
Realizar atividades educativas para todas as gestantes	100% das gestantes participam de 4 atividades educativas, sendo: - 2 conduzidas pelo médico; - 2 conduzidas pelo enfermeiro. Atividades educativas: - grupos de 20 participantes; - duração de 1 hora.	Médico	100%	7012 gestantes	701 atividades educativas	1 ano
		Enfermeiro	100%	7012 gestantes	701 atividades educativas	1 ano

ACOMPANHAMENTO DA PUÉRPERA

Realizar consulta puerperal para toda puérpera, até 40 dias após o parto.	100% das puérperas realizam consulta puerperal até 40 dias após o parto, sendo: - 1 consulta de enfermagem na primeira semana de puerpério; - 1 consulta médica em torno do 30º dia.	Médico	100%	7012 puérperas	7012 consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	7012 puérperas	7012 consultas de enfermagem	1 ano

SAÚDE DO IDOSO						
ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
ACOMPANHAMENTO DO IDOSOS						
Realizar consultas de acompanhamento para todos os idosos de risco habitual.	100% dos idosos de risco habitual realizam consultas de acompanhamento, sendo: - 1 consulta médica por ano. Obs: os idosos com hipertensão/diabete serão avaliados nas consultas já programadas para estas finalidades. Portanto, no cálculo da planilha de consolidado, o número destes idosos será subtraído do total para esta atividade específica.	Médico	100%	### idosos de risco habitual	### consultas médicas	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento, complementares àquelas do serviço de referência, para todos os idosos de alto risco.	100% dos idosos de alto risco realizam consulta de acompanhamento, sendo: - 2 consultas médicas por ano; - 1 consulta de enfermagem por ano. Obs: os idosos acamados receberão consulta domiciliar.	Médico	100%	### idosos de alto risco	### consultas médicas	1 ano
		Enfermeiro	100%	### idosos de alto risco	### consultas de enfermagem	1 ano
Garantir imunização para todos os idosos, conforme o	100% dos idosos são imunizados de acordo com o calendário vigente:	Técnico de enfermagem	100%	### idosos	### aplicações de vacina contra influenza	1 ano

protocolo.	- Contra Influenza: 1 x/ano para todos; - Contra Pneumococo: dose única, prioritária para idoso frágil; - Contra Tétano e Febre Amarela: atualização a cada 10 anos para todos.		100%	### idosos	### aplicações de vacina contra tétano e febre amarela	1 ano
			100%	### idosos de alto risco	### aplicações de vacina pneumococo	1 ano
Realizar Grupos Educativos alternadas com as consultas de acompanhamento para todos os idosos de risco habitual cadastrados.	100% dos idosos de risco habitual participam de grupos educativos 2 vezes por ano, sendo: - 1 grupo conduzido por médico; - 1 grupo conduzido por enfermeiro. Obs: os idosos com hipertensão/diabete participarão dos grupos educativos já programada para estas finalidades.	Médico	100%	### idosos de risco habitual	2218 atividades educativas	1 ano
		Enfermeiro	100%	### idosos de risco habitual	2218 atividades educativas	1 ano
Realizar consultas complementares de enfermagem após os Grupos Educativos para todos os idosos de risco habitual cadastrados.	100% dos idosos realizam consulta complementar de enfermagem após os 2 grupos educativos. Obs: os idosos com hipertensão/diabete participarão dos grupos educativos já programada para estas finalidades.	Enfermeiro	100%	### idosos de risco habitual	### consultas complemen- tares de enfermagem	1 ano

OUTRAS AÇÕES DA EQUIPE

ATIVIDADE		META PROGRAMADA	
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	ATIVIDADES	PRAZO
MÉDICO			
Realizar atividades de educação permanente.	Educação permanente: - horário prefixado semanalmente ou quinzenalmente; - duração mínima: 2,5 horas por semana.	Na planilha "9 - Consolidado" será definida a carga horária semanal para atividades de educação permanente.	
Realizar atividades administrativas.	Atividade administrativa: - horário prefixado por semana - duração: 1 hora.	Na planilha "9 - Consolidado" será definida a carga horária semanal para atividades administrativas.	
ENFERMEIRO			

<p>Realizar supervisão da equipe de enfermagem e agentes comunitários.</p>	<p>Atividades de enfermagem: - supervisão da atividade técnica de enfermagem (técnicos e auxiliares): vacinação, curativo, administração de medicamentos, controle do expurgo, etc; - atividade administrativa: escala de enfermagem, controle de material de consumo, mapa de vacinação, controle do registro de produtividade, etc ; - supervisão da atividade do ACS: visitas domiciliares, preenchimento de formulários; - investigação de óbitos infantis e maternos ocorridos na área de responsabilidade da UAPS; - educação permanente de técnicos de enfermagem e ACS; - campanhas de vacinação e outras campanhas; - outras.</p> <p>Deve ser definido o número total de horas semanais para estas atividades.</p>	2	horas por semana	88	horas de supervisão e gerência de enfermagem	1 ano
--	--	---	------------------	----	--	-------

Realizar atividades de educação permanente.	Educação permanente: - horário prefixado semanalmente ou quinzenalmente; - duração mínima: 2,5 horas por semana.	Na planilha "9 - Consolidado" será definida a carga horária semanal para atividades de educação permanente.
Realizar atividades administrativas	Atividade administrativa: - horário prefixado por semana - duração: 1 hora.	Na planilha "9 - Consolidado" será definida a carga horária semanal para atividades administrativas.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Realizar vacinação para todas os usuários da área de responsabilidade da UAPS, de acordo como calendário vigente.	Atividades definidas nas planilhas de programação da criança, adolescente, gestante e idoso. Vacinação prevista para o adulto: - anti-tetânica: 1 reforço a cada 10 anos; - anti Febre Amarela: 1 reforço a cada 10 anos.	56095	aplicações de vacina em crianças < 1 ano	1 ano
		16314	aplicações de vacina em adolescentes	1 ano
		61578	aplicações de vacina adulto	1 ano
		140196	aplicações de vacina em idosos	1 ano
		21036	aplicações de vacina em gestantes	1 ano
Realizar o Teste do Pezinho para todos os recém-nascidos da área de responsabilidade da UAPS.	Atividade definida na planilha de programação da criança.	7012	testes do pezinho	1 ano
Realizar dose supervisionada mensal para todos os usuários com hanseníase.	Atividade definida na planilha de programação do adulto (hanseníase).	632	doses supervisionadas	1 ano

Realizar procedimentos complementares às consultas médicas e de enfermagem.	Cada consulta médica ou de enfermagem gera procedimentos de enfermagem.	##### consultas médicas e de enfermagem	##### procedimentos	1 ano
Realizar atividades de educação permanente.	Educação permanente: - horário prefixado semanalmente ou quinzenalmente; - duração mínima: 2,5 horas por semana.	Na planilha "9 - Consolidado" será definida a carga horária semanal para atividades de educação permanente.		
Realizar atividades administrativas	Atividade administrativa: - horário prefixado por semana - duração: 1 hora.	Na planilha "9 - Consolidado" será definida a carga horária semanal para atividades administrativas.		

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS

Realizar cadastramento inicial ou sua atualização de todas as famílias da área de responsabilidade da UAPS.	Cadastramento: - realizado minimamente 1 vez por ano para atualização; - duração: 1 hora.	52671 famílias	52671 visitas domiciliares	1 ano
Realizar levantamento de problemas de todas as famílias da área de responsabilidade da UAPS.	Levantamento de problemas: - realizado minimamente 1 vez por ano para atualização; - duração: 1 hora.	526709 famílias	526709 visitas domiciliares	1 ano
Realizar visitas domiciliares a todas as famílias não risco da área de responsabilidade da UAPS.	Visitas para acompanhamento familiar: - no mínimo 1 visita por bimestre (de 2 a 2 meses) - duração: 1 hora.	famílias não risco	0 visitas domiciliares	1 ano
Realizar visitas domiciliares	Visitas para acompanhamento	210684 famílias de risco	2317520 visitas domiciliares	1 ano

para todas as famílias de risco da área de responsabilidade da UAPS.	familiar: - Deve ser definido o número total de visita mensais para estas atividades. - duração: 1 hora.	1	visitas por mês		
Realizar atividades de educação permanente.	Educação permanente: - horário prefixado semanalmente ou quinzenalmente; - duração mínima: 4 horas por semana.	Na planilha "9 - Consolidado" será definida a carga horária semanal para atividades de educação permanente.			
Realizar atividades administrativas	Atividade administrativa: - horário prefixado por semana - duração: 1 hora.	Na planilha "9 - Consolidado" será definida a carga horária semanal para atividades administrativas.			

CONSOLIDADO

PADRONIZAÇÃO DO ATENDIMENTO					
CATEGORIA PROFISSIONAL	DURAÇÃO DO ATENDIMENTO (em minutos)	NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR HORA	CARGA HORÁRIA DIÁRIA (em horas)	NÚMERO PROFISSIONAIS POR EQUIPE	CATEGORIA PROFISSIONAL
Médico	15	3	8	94	Médico
Enfermeiro	15	3	8	94	Enfermeiro
Técnico de Enfermagem	10	5	8	102	Técnico de Enfermagem
ACS	60	1	8	438	ACS

ATIVIDADES PROGRAMADAS

ATIVIDADE	DURAÇÃO (em minutos)	CORRESPONDÊNCIA	ATIVIDADE
Consulta médica	15	1 atendimento médico	Avaliação ou exame ou complementar de enfermagem
Atividade educativa - médico	60	4 atendimento médico	Supervisão - enfermeiro
Visita domiciliar - médico	60	4 atendimento médico	Procedimento técnico de enfermagem
Consulta de enfermagem	15	1 atendimento de enfermagem	Visita domiciliar - técnico de enfermagem
Atividade educativa - enfermeiro	60	4 atendimento de enfermagem	Visita domiciliar - ACS
Visita domiciliar - enfermeiro	60	4 atendimento de enfermagem	

CONSOLIDADO DO ATENDIMENTO

	ATIVIDADES - DEMANDA PROGRAMADA						
	CONSULTA MÉDICA	ATIVIDADE EDUCATIVA - MÉDICO	VISITA DOMICILIAR - MÉDICO	CONSULTA ENFERMAGEM	ATIVIDADE EDUCATIVA - ENFERMEIRO	AVALIAÇÃO OU EXAME OU CONSULTA COMPLEMENTAR DE ENFERMAGEM	VISITA DOMICILIAR ENFERMEIRO
CRIANÇA	54926	1533		52489	1533	0	
ADOLESCENTE	71355	4078		68497	4078		
HIPERTENSÃO	74760	3289		44856	5046	175686	
DIABETE	24671	729		3364	1065	35885	
TUBERCULOSE	6742			632			
HANSENÍASE	1654			316		10850	
HIV/AIDS	6959			1740			
CÂNCER DA MULHER	37936			37936			
SAÚDE MENTAL	22877			22877			
GESTANTE E PUÉPERA	35060	701		21036	701		
IDOSO	65426	1659		16124	1659	66354	
OUTRAS AÇÕES							
TOTAL DE ATIVIDADES	402364	11989	0	269867	14083	288775	0
TOTAL DE ATENDIMENTOS	402364	47958	0	269867	56331	288775	0
TOTAL DE ATENDIMENTOS	MÉDICO		ENFERMEIRO				
ANO	450322			615061			
MÊS	40938			55915			

SEMANA	10235	13979		
DIA	2047	2796		
ANÁLISE DO ATENDIMENTO				
ATENDIMENTO DIÁRIO				
PROFISSIONAIS	CAPACIDADE POTENCIAL TOTAL		ATENDIMENTO PROGRAMADO	
	Nº ATENDIMENTOS	HORAS	Nº ATENDIMENTOS	
Médico	2256	752	2047	
Enfermeiro	2256	752	2796	
Técnico de Enfermagem	4080	816	4432	
ACS	3504	3504	13168	
ATENDIMENTO SEMANAL				
PROFISSIONAIS	TOTAL (em horas)	ATENÇÃO PROGRAMADA		DEMANDA ESPERADA
		HORAS	%	HORAS
Médico	3760	3411,5	91	345,5
Enfermeiro	3760	4659,6	124	-903,6
Técnico de Enfermagem	4080	4432,2	109	-355,2
ACS	17520	65838,6	376	-48322,6

INDICADOR	FÓRMULA
porcentagem de RN CADASTRADOS na PUERICULTURA	$\frac{\text{número de RN CADASTRADOS na PUERICULTURA}}{\text{número total estimado de recém-nascidos da área de responsabilidade}} \times 100$
porcentagem de CONSULTAS médicas e de enfermagem de PUERICULTURA realizadas	$\frac{\text{número de CONSULTAS médicas e de enfermagem de PUERICULTURA realizadas}}{\text{número total de consultas de puericultura planejadas}} \times 100$
porcentagem de ADOLESCENTES de 10 a 14 anos que realizaram CONSULTAS médicas de acompanhamento	$\frac{\text{número de ADOLESCENTES de 10 a 14 anos que realizaram CONSULTAS médicas de acompanhamento}}{\text{número total de adolescentes de 10 a 14 anos da área de responsabilidade}} \times 100$
porcentagem de CONSULTAS médicas e de enfermagem realizadas para ADOLESCENTES do sexo FEMININO para orientação sobre métodos anticonceptivos	$\frac{\text{número de CONSULTAS médicas e de enfermagem realizadas para ADOLESCENTES do sexo FEMININO para orientação sobre métodos anticonceptivos}}{\text{número total de consultas planejadas para ADOLESCENTES do sexo FEMININO para orientação sobre métodos anticonceptivos}} \times 100$
porcentagem de HIPERTENSOS CADASTRADOS no acompanhamento	$\frac{\text{número de HIPERTENSOS CADASTRADOS no acompanhamento}}{\text{número estimado de hipertensos da área de responsabilidade}} \times 100$
porcentagem de CONSULTAS médicas e de enfermagem realizadas para HIPERTENSOS	$\frac{\text{número de CONSULTAS médicas e de enfermagem realizadas para HIPERTENSOS}}{\text{número total de consultas planejadas para hipertensos}} \times 100$
porcentagem de DIABÉTICOS CADASTRADOS no acompanhamento	$\frac{\text{número de DIABÉTICOS CADASTRADOS no acompanhamento}}{\text{número total de diabéticos da área de responsabilidade}} \times 100$

	número estimado de diabéticos da área de responsabilidade
porcentagem de CONSULTAS médicas e de enfermagem realizadas para DIABÉTICOS	$\frac{\text{número de CONSULTAS médicas e de enfermagem realizadas para DIABÉTICOS}}{\text{número total de consultas planejadas para diabéticos}} \times 100$
porcentagem de usuários com TUBERCULOSE CADASTRADOS no acompanhamento	$\frac{\text{número de usuários com TUBERCULOSE CADASTRADOS no acompanhamento}}{\text{número estimado de usuários com tuberculose da área de responsabilidade}} \times 100$
porcentagem de usuários com HANSENÍASE CADASTRADOS no acompanhamento	$\frac{\text{número de usuários com HANSENÍASE CADASTRADOS no acompanhamento}}{\text{número estimado de usuários com hanseníase da área de responsabilidade}} \times 100$
porcentagem de usuários com HIV/AIDS CADASTRADOS no acompanhamento	$\frac{\text{número de usuários com HIV/AIDS CADASTRADOS no acompanhamento}}{\text{número estimado de usuários com hiv/aids da área de responsabilidade}} \times 100$
porcentagem de MULHERES de 25 a 59 anos que fizeram coleta de papanicolau	$\frac{\text{número de MULHERES de 25 a 59 anos que fizeram coleta de papanicolau}}{\text{número total de mulheres de 25 a 59 anos da área de responsabilidade}} \times 100$
porcentagem de MULHERES na fx etária de 50 a 69 anos que realizaram MAMOGRAFIA	$\frac{\text{número de MULHERES na fx etária de 50 a 69 anos que realizaram MAMOGRAFIA}}{\text{número estimado de mulheres na fx etária de 50 a 69 anos com mamografia programada}} \times 100$
porcentagem de usuários com uso prejudicial ou abuso de SUBSTÂNCIAS LÍCITAS ou ILÍCITAS CADASTRADOS no acompanhamento	$\frac{\text{número de usuários com uso prejudicial ou abuso de SUBSTÂNCIAS LÍCITAS ou ILÍCITAS CADASTRADOS no acompanhamento}}{\text{número estimado de usuários com uso prejudicial ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas da área de responsabilidade}} \times 100$

<p>porcentagem de usuários com PATOLOGIAS GRAVES CADASTRADOS no acompanhamento</p>	$\frac{\text{número de usuários com PATOLOGIAS GRAVES CADASTRADOS no acompanhamento}}{\text{número estimado de usuários com patologias graves da área de responsabilidade}} \times 100$
<p>porcentagem de GESTANTES de RISCO HABITUAL CADASTRADAS no acompanhamento</p>	$\frac{\text{número de GESTANTES de RISCO HABITUAL CADASTRADAS no acompanhamento}}{\text{número estimado de gestantes de risco habitual da área de responsabilidade}} \times 100$
<p>porcentagem de CONSULTAS médicas e de enfermagem de PRÉ-NATAL realizadas para gestantes de risco HABITUAL</p>	$\frac{\text{número de CONSULTAS médicas e de enfermagem de PRÉ-NATAL realizadas para gestantes de risco HABITUAL}}{\text{número total de consultas de pré-natal planejadas}} \times 100$
<p>porcentagem de GESTANTES de ALTO RISCO CADASTRADAS no acompanhamento</p>	$\frac{\text{número de GESTANTES de ALTO RISCO CADASTRADAS no acompanhamento}}{\text{número estimado de gestantes de alto risco da área de responsabilidade}} \times 100$
<p>porcentagem de CONSULTAS médicas e de enfermagem de PRÉ-NATAL realizadas para gestantes de ALTO risco</p>	$\frac{\text{número de CONSULTAS médicas e de enfermagem de PRÉ-NATAL realizadas para gestantes de ALTO risco}}{\text{número total de consultas de pré-natal planejadas}} \times 100$
<p>porcentagem de IDOSOS de RISCO HABITUAL CADASTRADOS no acompanhamento</p>	$\frac{\text{número de IDOSOS de RISCO HABITUAL CADASTRADOS no acompanhamento}}{\text{número estimado de idosos de risco habitual da área de responsabilidade}} \times 100$
<p>porcentagem de CONSULTAS médicas e de enfermagem de acompanhamento realizadas para IDOSOS de RISCO HABITUAL</p>	$\frac{\text{número de CONSULTAS médicas e de enfermagem de acompanhamento realizadas para IDOSOS de RISCO HABITUAL}}{\text{número total de consultas de acompanhamento planejadas para idosos de risco habitual}} \times 100$

<p>porcentagem de IDOSOS de ALTO RISCO CADASTRADOS no acompanhamento</p>	$\frac{\text{número de IDOSOS de ALTO RISCO CADASTRADOS no acompanhamento}}{\text{número estimado de idosos de alto risco da área de responsabilidade}} \times 100$
<p>porcentagem de CONSULTAS médicas e de enfermagem de acompanhamento realizadas para IDOSOS de ALTO RISCO</p>	$\frac{\text{número de CONSULTAS médicas e de enfermagem de acompanhamento realizadas para IDOSOS de ALTO RISCO}}{\text{número total de consultas de acompanhamento planejadas para idosos de alto risco}} \times 100$

**APENDICE E: RELAÇÃO DE ATOS NORMATIVOS PUBLICADOS RELATIVOS
AO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PDAPS EM JUIZ DE FORA³²**

³² A relação dos atos normativos deu origem a uma publicação impressa intitulada ‘Catálogo de Normas da Atenção Primária em Saúde do município de Juiz de Fora, MG’, produto relativo ao conjunto de portarias da Secretaria Municipal de Saúde e resoluções do Conselho Municipal de Saúde instituindo o processo de implementação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS). O Catálogo de Normas foi desenvolvido pela Secretaria de Saúde (SMS/PJF), por intermédio da Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde (SSAPS), por meio da validação dos produtos das oficinas do PDAPS, realizada em conjunto com os tutores e facilitadores do PDAPS, supervisores das Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) e Conselheiros Municipais de Saúde do Conselho Municipal de Saúde, no período de julho de 2014 a outubro de 2015. A publicação em sua íntegra encontra-se disponível no sítio: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/normas_apsjf_2016.pdf.

a) RELAÇÃO DAS RESOLUÇÕES³³ DELIBERADAS PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE³⁴ DE JUIZ DE FORA, MG.

- i. RESOLUÇÃO CMS N° 417/14: Dispõe sobre a Agenda Programada das Unidades de Atenção Primária em Saúde e dá outras providências.
- ii. RESOLUÇÃO CMS N° 439/15: Reorganiza as áreas de abrangência das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no município de Juiz de Fora e dá outras providências.
- iii. RESOLUÇÃO CMS N° 440/15: Define o campo das práticas de atenção à condição crônica na Atenção Primária à Saúde, orientadas por linhas de cuidado, através da Programação Local nas UAPS do município de Juiz de Fora e dá outras providências.
- iv. RESOLUÇÃO CMS N° 448/15: Define as diretrizes para a organização da atenção à demanda espontânea nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, e dá outras providências.
- v. RESOLUÇÃO CMS N° 450/15: Dispõe sobre o Termo de Compromisso de Gestão-TCG e dá outras providências.

b) RELAÇÃO DE PORTARIAS³⁵ PUBLICADAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA, MG.

- i. PORTARIA N.º 2019 – SS - Cria Grupo de Trabalho responsável pelo lançamento das informações de saúde na base SISAB da Atenção Básica e inclusão digital dos profissionais de saúde no âmbito da Administração Pública Municipal.

³³ Os termos que compõem as Resoluções do Conselho Municipal de Saúde listadas nesta seção, foram homologadas pelas portarias da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora.

³⁴ Criado pela Lei Municipal nº 8.076 de 11 de maio de 1992.

³⁵ A relação de portarias publicadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora configurou, pela sua extensão, na regulamentação da Atenção Primária em Saúde (APS) no município.

- ii. PORTARIA N.º 2026 – SS – Institui o Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS-JF) e estabelece os termos de seleção e de compromisso dos profissionais participantes.
- iii. PORTARIA N.º 2360 – SS - Regulariza o cumprimento da jornada de trabalho por parte de profissionais integrantes da Estratégia da Saúde da Família, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 2488/2011.
- iv. PORTARIA N.º 2380 - SS - Define as diretrizes para a organização da agenda da equipe de saúde, no tocante a atenção à demanda espontânea e programada.
- v. PORTARIA N.º 2381 - SS - Define o campo das práticas de atenção à condição crônica na Atenção Primária à Saúde, orientadas por linhas de cuidado, através da Programação Local nas UAPS do município de Juiz de Fora e dá outras providências.
- vi. PORTARIA N.º 2404 – SS - Define as diretrizes para a organização da atenção à demanda espontânea nas Unidades de Atenção Primária em Saúde, e dá outras providências.
- vii.** PORTARIA N.º 2400 - SS - Reorganiza as áreas de abrangência das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no município de Juiz de Fora e dá outras providências.

c) LEI MUNICIPAL ACERCA DO PDAPS

Lei Complementar nº 049/2016 que institui no município o incentivo financeiro para o desenvolvimento do PDAPS, através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB).