

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**SAÚDE DA FAMÍLIA****1. Liste os objetivos e especifique as metas mais importantes do programa, projeto ou prática, por ordem de prioridade.**

O objetivo geral do projeto é a qualificação das ações desenvolvidas na área de saúde do município de Pirai, especialmente no nível básico de atenção e conseqüentemente o seu impacto sobre a qualidade de saúde da população do município de Pirai, aproveitando um cenário favorável que era a implantação do Programa de Saúde da Família com cobertura de 100% da população deste município.

Objetivada ainda:

- Mudanças das práticas gerenciais exercidas nas unidades básicas de saúde com garantia de ampla autonomia do nível local e com interdependência das demais áreas da instituição.
- Mudanças na relação da unidade de saúde com a população e dos profissionais de saúde com o usuário.
- Implantação das práticas de vigilância em saúde.
- Introdução de práticas assistenciais mais eficazes e resolutivas do que as historicamente observadas neste nível de atenção.

2. Descreva o funcionamento do programa, projeto ou prática e aponte quais as suas frentes de atuação.

Trata-se de um programa que se desenvolve a nível institucional e deve ficar claro que certamente ele não teria sucesso se todo processo de mudança não ocorresse também em todos os campos desta instituição.

Outro ponto importante é que o programa foi impulsionado pela implantação do Programa de Saúde da Família, mas envolveu e envolve todos os níveis do Sistema. O que houve foi uma priorização das intervenções sobre o coração do sistema, a sua porta de entrada que é a atenção básica.

Entretanto, considerando especificamente o programa em pauta, podemos descrever as frentes de atuação que mais o influenciaram:

A) ORGANIZAÇÃO DE PROCESSO CONTÍNUO DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM TODOS OS NÍVEIS DA INSTITUIÇÃO –

- Num primeiro momento foi organizado um conjunto de oficinas com ampla participação dos profissionais de todas as áreas onde foram delineados os marcos estruturantes do projeto que se iniciava e onde coletivamente consensamos diretrizes, fizemos um diagnóstico inicial da situação encontrada e o levantamento dos recursos existentes – pessoas, capacidade instalada, equipamentos e dos recursos financeiros disponíveis. Então a daí partir traçamos linhas prioritárias de intervenção para dar o “ponta pé” inicial do projeto
- Logo a seguir demos início à organização de instâncias de discussão e deliberação que funcionam regularmente até hoje;
 - *Colegiado de Gestão*: instância de comunicação e decisão operacional, congregando os principais gerentes da SMS e se reúne quinzenalmente.
 - *Fórum de Gerentes de Unidade*: instância de informação, problematização, discussão de temas técnicos e definição de operações. Reúne mensalmente todos os gerentes de unidade, os coordenadores de programa e o técnico de planejamento.
 - *Reunião de Pólo de PSF*: reúne a coordenação do PSF e os profissionais médicos e enfermeiras de um conjunto de unidades do PSF basicamente objetivando a avaliação de resultados. Acontece bimensalmente em cada pólo para não prejudicar o atendimento da população.

- **Plenária de Planejamento** acontece duas vezes ao ano em formato de oficina com duração de 4 dias. Reúne um amplo conjunto de profissionais da SMS para avaliação da agenda do ano anterior, problematização, definição de operações para o ano em curso e construção da agenda municipal de saúde. É importante colocar que nestas oficinas se avalia não só o desempenho da Secretaria de Saúde, mas cada unidade assistencial também apresenta a sua avaliação de desempenho, suas propostas de atuação e assim pactuasse coletivamente uma agenda para todas as áreas da instituição, compromissos dos profissionais das unidades locais até os do dirigente da Secretaria de Saúde.

- **Conselhos Gestores de Unidade**- organizado em cada unidade do PSF, é composto por representação da população local, gerência da unidade e representante dos funcionários que se reúne quinzenalmente.

- **Conferencias Locais de Saúde** – acontecem antes da Conferência Municipal e discute as teses de cada área de abrangência do PSF para a Conferência Municipal.

- Sem contar que houve uma grande qualificação no funcionamento de instâncias já existentes como o **Conselho Municipal de Saúde**: instituído em 1991, já que foi proporcionado um curso de capacitação para todos os conselheiros, garantida uma estrutura física independente para seu funcionamento com computador ligado a internet e alocação de uma secretária.

Dá mesma forma fortalecemos a **Conferência Municipal de Saúde** que acontece desde 1991 a cada dois anos. Tem caráter deliberativo sobre as diretrizes e operação do Plano Municipal de Saúde e desde o ano de 2001 garante um quorum de mais de 300 participantes.

B) ENVOLVIMENTO DE TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ESPECIALMENTE OS QUE ATUAM NO NÍVEL LOCAL, NO PROCESSO AVALIATIVO, NA CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E NA PACTUAÇÃO DE RESULTADOS EM TORNO DA MUDANÇA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO COBERTA.

Isto acontece continuamente num processo permanente e participativo de avaliação de processos e resultados com a intervenção de todos os profissionais de saúde atuantes naquela unidade de saúde. Problematizando desde questões gerais até a focalização de problemas de um usuário em particular. Acompanhando indicadores, reconstruindo processos de trabalho objetivando ampliar a eficiência das ações ali desenvolvidas. É importante colocar que não se trata de uma avaliação fria de números, ali são fortemente trabalhadas questões ligadas a humanização e ao acolhimento do usuário considerados os marcos mais importante para que todas as ações se desenvolvam com qualidade.

C) CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM CONJUNTO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DOS RESULTADOS E DA QUALIDADE DO TRABALHO ESPECIALMENTE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA –UBS/PSF.

Para que a prática descrita no item anterior se consolidasse foram construídos um conjunto de instrumentos de fácil manejo e que embasam e registram aqueles pontos priorizados para o monitoramento da qualidade e do impacto das ações realizadas por cada unidade: protocolos de atendimento de patologias, planilhas de registro e monitoramento de indicadores, questionários de avaliação da satisfação do usuário e relatórios em fácil linguagem para prestação de contas à comunidade local. (que estão à disposição para verificação in loco, já que fica difícil enviá-las agora para consulta).

3 – O programa, projeto ou prática faz parte de uma iniciativa, programa ou política mais abrangente (da mesma ou de outra esfera de governo)? Em caso afirmativo, descreva como se dá esta ligação?

Este projeto acontece num município que se destaca por iniciativas inovadoras que estão norteadas pela opção de garantir a cidadania e a redução das desigualdades aos seus cidadãos. Um município de 23.000 habitantes que gerou 2.000 empregos em apenas quatro anos, que tem recebido prêmios nacionais e internacionais, em todas as suas áreas de atuação: saúde, educação, meio ambiente, desenvolvimento,

inclusão digital, isto em apenas 4 anos. Desta forma este programa na área de saúde está envolvido neste desafio e porque não dizer deste sonho de construir e operacionalizar políticas públicas dignas da população brasileira.

4- Identifique o público-alvo. Quantos são, no momento, os diretamente beneficiados? Qual é a proporção de homens e mulheres beneficiados? Que percentual da clientela potencial isto representa? Como é feita a seleção dos beneficiários e como eles participam do programa, projeto ou prática?

O município de Pirai tem para 2004 uma população de 23.354 habitantes (IBGE). Considerando a cobertura do Programa de Saúde da Família de 100% da população e 97% de usuários SUS (sem cobertura de planos de saúde), podemos afirmar que praticamente toda população do município é potencialmente beneficiária do programa.

5- Qual é o gasto orçamentário anual do programa, projeto ou prática? Quais as fontes de recursos financeiros (locais, estaduais, federais: de fontes privadas, de ONGs, de agências multilaterais)? Que percentual dos recursos financeiros anuais é derivado de cada uma dessas fontes? Que percentual da receita orçamentária total do nível de governo(estadual, municipal etc.), a que pertence o órgão responsável pela inscrição, é efetivamente utilizado pelo programa, projeto ou prática?

- O SUS Pirai conta com recursos originados do Tesouro Municipal e do Ministério da Saúde.
- Em 2003 a Secretaria Municipal de Saúde utilizou um total de R\$ 6.017.440,00 para a operacionalização da rede assistencial e R\$ 3.215.46,00 com a área hospitalar.
- A Prefeitura arca com 77,4% de todo o financiamento (custeio e investimento) da SMS e com 72,3% do financiamento do Hospital.
- Destaca-se a aplicação de 25,44% do orçamento da Prefeitura no setor saúde de acordo com os critérios da Emenda constitucional nº 29. Mesmo se considerarmos apenas os recursos aplicados na operacionalização da SMS e do Hospital a participação da prefeitura é de 24,93% em 2003. Importante lembrar que o valor da aplicação legal seria de 15,81% conforme previsto na Emenda Constitucional 29 para o ano de 2003.
- Importante ressaltar ainda que a composição dos gastos em saúde em 2003 demonstra o seguinte perfil: 65,2% dos gastos aplicados na rede da SMS e 34,8% aplicados na área hospitalar.
- Sendo que dos gastos aplicados na rede da SMS, aproximadamente 65,0%, isto é, R\$ 3.911.336,00 são alocados na rede básica de assistência, foco principal do programa em pauta.

6- Quantas pessoas estão diretamente envolvidas na operação de seu programa, projeto ou prática? Quantos homens e quantas mulheres realizam funções de direção (ou tomada de decisões) e quantos realizam funções de execução?

Na operação do Programa estão envolvidos direta ou indiretamente todos os profissionais do SUS/Pirai e muitos de outros setores de governo parceiros nas ações conjuntas de promoção de saúde. Nas funções de direção temos aproximadamente 90% de mulheres (uma característica deste setor) e como não há como separar muito claramente, no nosso caso, funções de direção e execução a proporção é a mesma, 90% são mulheres.

A rede SUS em Pirai contou, em 2003, com um total de 541 funcionários. Sendo 340 (62,8%), lotados na Secretaria Municipal de Saúde e 202 (37,2%) no Hospital Flávio Leal.

Deste total, 65,6% estão diretamente vinculados à área assistencial.

7- Indique todas as organizações (públicas e privadas) participantes, descrevendo o papel de cada uma. Explique como estas organizações interagem e de que modo suas ações individuais são coordenadas.

As organizações governamentais envolvidas são: as Secretarias de Saúde, de Educação, de Esporte e Lazer, de Ação Comunitária, de Meio Ambiente e de Planejamento e Desenvolvimento que atuam em ações intersetoriais de promoção à saúde.

Geração de renda, educação em saúde, saneamento, meio ambiente, lazer e apoio social são genericamente as ações desenvolvidas com este caráter intersetorial.

Empresas privadas de Piraí quando solicitadas participam com apoio financeiro na realização de eventos de promoção à saúde.

8- Se seu programa, projeto ou prática envolve a participação da comunidade e do público-alvo, descreva como esta participação se concretiza (explique os mecanismos de participação).

As organizações populares participam não só nas instâncias formais - Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Locais Gestores de Unidade mas também nas ações comunitárias: grupos de caminhada, de idosos, de teatro, de geração de renda, mutirão de saneamento, mutirão para controle da dengue etc, basicamente organizadas junto com as unidades de saúde nos bairros.

9- Quando e como foi originariamente concebido o programa, projeto ou prática? Quais os principais participantes governamentais e não-governamentais neste processo? Houve inspiração em iniciativa(s) anterior(es)? Quais?

9.1- Penso que parte desta questão já está contida nas descrições da 2ª resposta.

Acho que é importante registrar que ele foi concebido a partir de diretrizes fortemente humanizadoras do que é o atuar em saúde e da constatação de que não era possível atingir a mudança e a qualificação desejada garantindo apenas estrutura física adequada, equipamentos, recursos humanos e uma tecnologia engessada por critérios dispostos pelo Ministério da Saúde. Era preciso muito mais que isto como discutiremos nas respostas às próximas perguntas.

9.2-Como se trata de um programa de instituição governamental tem forte participação desta instância. Contamos com parcerias da Pastoral da Criança, no nível local das entidades organizadas e também de empresas locais que ajudam a financiar os eventos de promoção à saúde.

10- Identifique as etapas-chave de implementação e como isto evoluiu e se modificou ao longo do tempo. Que mudanças ocorreram desde o início de operação do programa, projeto ou prática? Por que ocorreram?

Considere-se também nesta questão o que já foi respondido na 2ª resposta.

A etapa chave, não houve, porque foi na verdade um conjunto de ações deslançadas a partir da definição de um plano que já foi relatado.

As mudanças que ocorreram foram: mudança do modelo de gestão do nível central ao local (que na verdade nem existia nas unidades de saúde), a mudança do modelo de atenção em especial a implantação do Programa Saúde da Família, a ampliação dos espaços de participação e o impacto positivo na saúde da população. Mas principalmente o início de uma recuperação da força transformadora dos agentes que participaram desta mudança (vide a próxima resposta)

Por que ocorreram? Sinceramente foi porque eram necessárias e principalmente porque houve forte decisão política e uma forte e competente base tecnológica para que elas se viabilizassem aliadas a uma pressão das comunidades para que elas ocorressem.

11- Descreva os principais obstáculos enfrentados até o momento. Como se lidou com tais obstáculos? Quais deles ainda persistem?

O principal obstáculo não foi a resistência das pessoas às mudanças, todos – dirigentes, profissionais e população desejavam fortemente estas mudanças. O principal foi fazê-las acreditar que eles é que seriam os agentes, ou melhor, os autores e os atores desta mudança. Na área de saúde somos submetidos a normas muito pesadas das outras instâncias de governo. Agimos porque o manual, a norma, a as rotinas pré-determinadas e oriundas lá de cima assim determinam. Alimentamos bancos de dados, sistemas nacionais aos quais não temos

acesso, nunca utilizamos as informações que ajudamos a produzir. A prática da avaliação não existe, fazemos porque temos fazer, atiramos para todos os lados e não acertamos o alvo porque nunca refletimos sobre alvo. O município é um autômato diante desta ditadura imposta pelos programas nacionais. Foram décadas submetidos a isso e com a responsabilidade de dar conta de garantir a qualidade de vida de seus cidadãos. Como desconstruir isso, como estimular a criatividade, provocar a vontade de construir nosso próprio projeto, ser autor, inventor. É mais fácil agir dentro deste modelo vigente, dá muito trabalho fazer diferente.

Este foi e está sendo o nosso principal obstáculo encontrar primeiro dentro de nos mesmos - os provocadores desta mudança e depois junto a população, aos gerentes, aos funcionários esta nova prática do trabalho e a pactuação em torno da qualificação necessária.

Mas hoje dá gosto de ver um profissional preocupado com acolhimento na unidade, sugerindo mudanças para humanizar o atendimento, sabendo que muitos indicadores da sua comunidade ainda precisam melhorar e que ele pode intervir, inovar para minorar este problema.

Este é o nosso maior desafio transferir a autoria do processo de trabalho a quem vai estar na linha de frente, cara a cara com a dor e sofrimento das pessoas contando com o apoio logístico e tecnológico e o monitoramento institucional.

12. Que mecanismos de avaliação estão sendo utilizados para medir o sucesso do programa, projeto ou prática? Forneça resultados (quantitativos e qualitativos) do último ano de operação do programa, projeto ou prática.

A avaliação do programa se dá a partir do processo de supervisão local, do acompanhamento dos instrumentos de coleta de informações e dos indicadores locais e municipais de saúde, das discussões no fórum de gerentes e do colegiado de gestão, na pesquisa de satisfação do usuário, das demandas dos conselhos gestores de usuários e do conselho municipal de saúde.

Resultados:

- Pirai é o único município do País onde todo o Sistema Municipal de Saúde foi condecorado pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde com o título de “Hospital Amigo da Criança” e “Unidades Básicas de Amigas da Amamentação”. Este processo exigiu no município ampla mobilização do corpo técnico da saúde para modificar a forma de atuação envolvendo pelo menos 400 horas de treinamento. É necessário destacar que a qualificação da unidade não está restrita a este campo específico, do estímulo à prática da amamentação. Nenhuma unidade de saúde consegue se qualificar neste campo isoladamente. Quando ela se qualifica nesta área ela automaticamente já estava qualificada no campo do acolhimento, da humanização do atendimento, na preocupação com a vida humana.
- Em recente pesquisa realizada pela Secretaria de Estado de Saúde para avaliar a qualidade das ações de Vigilância em Saúde, Pirai ficou em primeiro lugar, entre os 92 municípios do estado, tirando nota máxima em todos os quesitos.
- Pirai tem 100% de sua população assistida pelo Programa de Saúde da Família e Dentista de Família. Em todo o Estado do Rio de Janeiro apenas quatro municípios atingiram este patamar.
- Pirai tem hoje índice de mortalidade infantil menor que o observado nos países desenvolvidos. No ano de 2003 o índice de mortalidade infantil foi de 3,35 por mil nascidos vivos.
- A taxa de mortalidade geral cai de 68,61 por 10.000 habitantes em 2001 para 52,48 por 10.000 habitantes em 2003.
- A incidência de tuberculose cai ano a ano. Há pelo menos três anos não é detectado um só caso de hanseníase e o índice de infestação predial do *Aedes aegypti* é de 0,14%, um dos mais baixos do Estado.
- Houve redução do índice de internação da criança de 1 a 4 anos de 4,24% em 2001 para 2,2% em 2003.
- No ano de 2003, 90% das gestantes de Pirai fizeram mais de 7 consultas de pré-natal.
- O Hospital Flávio Leal com alta resolubilidade: cobre 90% de todas internações de muniçipes de Pirai e realiza 97% dos partos das gestantes do município.
- Expressivo aumento das ações de saúde bucal especialmente se considerarmos os indicadores *per capita*. Em 2001 realizamos 1,84 procedimentos clínicos, 0,32 procedimentos coletivos e 0,08 altas por habitante ano. Em 2003 realizamos 2,90 procedimentos clínicos, 1,47 procedimentos coletivos e 0,17 altas por

habitante ano. Houve também o aumento considerável de altas para a população acima de 14 anos que expressa o aumento da oferta e da qualidade das ações de saúde bucal para esta população. O levantamento epidemiológico das crianças – índice CPOD de 5 a 14 anos demonstra a seguinte evolução: ano 1997=2,64; ano 2000=2,45 e ano 2003=1,96.

- O controle social é garantido através do CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE que se reúne mensalmente deliberando sobre a aplicação de recursos e ações estratégicas para o desenvolvimento do SUS-Piraí. Nos bairros todos os Postos de Saúde têm o CONSELHO GESTOR DE UNIDADE que tem a responsabilidade de ajudar a pensar a melhor organização da unidade e assim melhorar a qualidade do atendimento.
- As oficinas rotineiras de planejamento, os relatórios trimestrais de avaliação, o caderno de avaliação local das unidades básicas de saúde, os modelos de monitoramento das ações programáticas e a profunda consolidação dos instrumentos e das práticas de vigilância em saúde em todos os níveis do sistema, são bons exemplos de quanto foi possível avançar na formatação de um arcabouço gerencial que sustenta o processo de transformação por que passa o município, principalmente a partir do ano de 2001.
- Piraí foi um dos dois primeiros municípios do Estado habilitados no modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal NOAS 01/02
- Em Piraí há mais de 5 anos o orçamento próprio aplicado em saúde ultrapassa a casa dos 20%. No ano de 2003 a Prefeitura aplicou mais de 24% do seu orçamento em saúde.
- Em 3 anos foram construídas 7 novas unidades de saúde e 80% das instalações do Hospital foram remodeladas.

13. Qual é a mais importante conquista de seu programa, projeto ou prática até o momento (cite apenas uma; aquela que, na sua opinião, é a mais importante)?

A efetiva mudança da qualidade do atendimento prestado à saúde da população e o impacto positivo sobre vários indicadores de saúde da população de Piraí e ter se chegado a isto através da participação e do comprometimento de um conjunto de profissionais e da população organizada.

14. Em que aspectos seu programa, projeto ou prática inovou em relação a práticas anteriores? Procure explicar bem em que consiste a inovação.

- **A maior inovação é a que está descrita na pergunta 11, isto é, os pressupostos e a forma como tudo isto foi construído buscando garantir de forma participativa – dirigentes, profissionais e população - esta nova prática do trabalho e a pactuação em torno da qualificação necessária.**
- **A construção e implantação no nível local: de instrumentos próprios de avaliação do impacto e vigilância em saúde, de um sistema de monitoramento de resultados e a autonomia e flexibilização das estratégias de aperfeiçoamento utilizadas a nível local.**
- A implantação de um modelo de atenção que se mostrava mais resolutivo, de maior impacto sob a saúde da população e fortemente relacionado ao cuidado → maior qualidade.
- Introduzia um sistema de informação que facilitava a organização de um modelo de gestão baseado e dependente de mecanismos de supervisão, de avaliação e do monitoramento de resultados muito além do que o sistema de informação oficial do PSF/ Ministério da Saúde - o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) tem capacidade de atender.

15. Mesmo que seu programa, projeto ou prática não focalize especificamente a questão da pobreza, como você avalia seu impacto sobre esta questão?

Em que pese as iniciativas de nível local, aliadas a ações intersetoriais, no campo da promoção da saúde buscarem práticas de geração de renda, oficinas de artesanato, mutirões de saneamento entre outras, não somos ingênuos de achar que nossos programas impactam fortemente a questão da pobreza.

Acho que, o que estamos fazendo de mais importante neste campo, é estimular a organização e a participação da população. Aumentando a sua capacidade (poder) de enfrentamento ou superação da sua ainda indigna condição de vida.

Neste sentido, estamos também no momento buscando organizar um Curso de Formação de Lideranças aguardando apenas liberação de recursos do Ministério da Saúde.

16. Qual o impacto do programa, projeto ou prática sobre a cidadania? (Mencione aqui aspectos relativos à cidadania que eventualmente na tenham sido mencionados. Inclua aqui também questões relativas a gênero, raça ou etnia).

Para nós não é possível organizar um programa que tenha o objetivo de recuperar a cidadania da população quando os agentes promotores deste processo também têm muito a refletir e a conquistar nestes termos.

Pode atuar neste sentido um profissional de saúde desrespeitado, “pau mandado” no seu trabalho, repetidor de normas e determinações, com salários indignos? Não, não acreditamos nesta possibilidade!

Por isso investimos muito em provocar neste profissional esta reflexão, investimos em instrumentalizar e estimular uma nova prática em relação ao seu processo de trabalho, em transferir autoria sobre o resultado do seu desempenho como profissional. Nos preocupamos em pelo menos neste campo da sua vida lhe garantir CIDADANIA. E aí sim, mais consciente, poder atuar para através de ações qualificadas e humanizadoras, garantir um direito fundamental que é a saúde e uma prática marcada pelo cuidado e pelo respeito pela vida humana.

17. Caso seu programa, projeto ou prática já tenha participado do PROGRAMA GESTÃO PÚBLICA E CIDADANIA anteriormente, qual a diferença que ele apresenta este ano em relação ao ano em que se inscreveu pela última vez?

Não participou

18. Qual é a mais significativa deficiência do programa, projeto ou prática?

Este é um lugar comum - temos idéias, temos vontade, temos principalmente sonhos mas o recurso financeiro está escasso. Precisamos investir muito na qualificação profissional com professores competentes (e sempre muito dispendiosos) não só na área assistencial mas também administrativa.

Então a nossa maior deficiência está em não conseguirmos ainda atender a demanda por qualificação profissional que o programa está a exigir.