

PROJETO PAIDÉIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – CAMPINAS/2001

Colegiado de Gestão da SMS/Campinas – Diretrizes para Atenção Básica à Saúde (terceira versão) - outubro de 2001

1- Por que SAÚDE PAIDÉIA?: O objetivo que justifica a existência do Sistema Único de Saúde é a produção de saúde. E a saúde é um atributo das pessoas, dos sujeitos. Não há, portanto, como se falar em saúde desconsiderando os sujeitos concretos, ainda quando a produção de saúde dependa do contexto. A cidade, ou o ambiente, ou o território saudável, somente podem ser assim classificados por referência a pessoas reais. A saúde das pessoas, portanto.

Por esse motivo acrescenta-se o adjetivo paidéia à força substantiva da saúde. Paidéia é um conceito antigo, clássico, e que significa desenvolvimento integral do ser humano. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. A construção destas cidades dependeria de um método novo de governar e de viver. Para fundar um governo democrático eles se valiam da Ágora, que era uma assembléia do povo: as pessoas reunidas para traçar o próprio destino: a co-gestão, o orçamento participativo, os conselhos, etc. No entanto, eles sabiam também necessário um trabalho sobre eles mesmos para que as pessoas fossem capazes de gerir a própria vida: para isto eles imaginaram um sistema de formação integral dos cidadãos: uma educação para a vida: e daí a palavra Paidéia. A formação integral do ser humano: cuidar da saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente, de tudo. E fazê-lo respeitando as diferenças entre as pessoas e os grupos. Paidéia, o desenvolvimento integral do ser humano, considerando tanto as necessidades da coletividade quanto dos indivíduos. Fator Paidéia: uma idéia síntese: pensar instituições que cumpram tanto funções pedagógicas, quando de reconstrução da subjetividade das pessoas.

Projeto de Saúde Paidéia: saúde e cidadania de braços dados, todo o tempo, ainda que combinados em distintas e variadas proporções.

E fazer tudo isto reconstruindo o modo com que pensamos e trabalhamos em saúde. Reformular a clínica tomando não apenas a doença mas o sujeito enfermo (o biológico, o subjetivo e o social do processo saúde e doença), ampliar as práticas de promoção à saúde, articular-se em equipes interdisciplinares, ampliar os espaço em que se atende: além do consultório e da sala de procedimentos, o domicílio, a escola, o bairro, a rua, etc. Mas, sobretudo, cuidar das pessoas, pensando-as inseridas em redes sociais: o território, a Família, as instituições, etc.

Projeto Paidéia de Saúde da Família: trabalhar com um conceito ampliado de Família: grupo que co-habita um mesmo espaço; ampliar as redes de apoio e de solidariedade entre as equipes, as famílias e outras organizações. As pessoas, as famílias e o contexto.

2- REFORMA E AMPLIAÇÃO DA REDE BÁSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE: O sucesso e a viabilidade do SUS dependem da instalação de uma rede básica eficaz que tanto promova saúde, quanto previna riscos e cuide de doenças e da reabilitação de pessoas com problemas crônicos.

A Atenção básica é um direito universal: todo brasileiro deveria ter livre acesso às Equipes Locais de Saúde; a equidade seria assegurada pelo encaminhamento discriminado aos outros níveis de assistência: o princípio da hierarquização. Em Campinas trabalhamos com a meta de instalar uma rede de Equipes Locais de Referência suficiente para garantir atenção básica aos 70% da população considerados dependentes do SUS. Cadastrar e matricular a todos. Ao mesmo tempo, contudo, estabelecer diferenças de atenção conforme o risco biológico, subjetivo e social de cada pessoa ou de cada família.

O Ministério da Saúde tem dado ênfase ao Programa de Saúde da Família como estratégia para a implantação de uma rede básica. Em Campinas, entretanto, já há 46 Centros de Saúde, que há anos vem cumprindo parte deste papel. Desde a década de setenta, sob a direção pioneira de Sebastião de

Moraes, há em Campinas programas comunitários de atenção em saúde. Posteriormente, construíram-se Centros de Saúde, contrataram-se equipes e ampliou-se a capacidade de atendimento da rede. Hoje, a rede básica da cidade oferece atenção ao adulto, à criança e à mulher, bem como conta com programas em saúde mental e bucal. Instalou-se razoável apoio na área de diagnóstico por imagens e laboratório. Há ampla distribuição de medicamentos.

Diagnósticos realizados indicam que ainda há falta de recursos em regiões específicas ou em determinadas áreas de atendimento (particularmente, há carência em relação ao adulto). No entanto, há também evidências de que o modo com que se organizou a atenção não vem cumprindo com os objetivos da atenção primária. Há filas, espera, sobrecarga de trabalho e dados que indicam a incapacidade desse sistema absorver a demanda ou mesmo atender às necessidades básicas de saúde. A grande parte da demanda ambulatorial ainda é atendida em PSs ou PAs e não pelas Equipes Locais; há pouco trabalho de promoção à saúde e baixa capacidade de atenção no domicílio ou na comunidade. O acesso está burocratizado em grande parte da rede, praticando-se uma clínica com baixa capacidade de resolver problemas de saúde. Há pouco educação em saúde e investe-se pouco em ampliar a autonomia e capacidade de autocuidado dos pacientes e comunidades. As Equipes Locais são multiprofissionais, mas trabalha-se de maneira isolada, vertical, havendo grande dificuldade em se criar processo de trabalho interdisciplinar.

Além disto, cometeu-se um sério equívoco durante os últimos oito anos: quase metade dos recursos investidos na atenção primária destinaram-se a Pronto Atendimentos, que nem fazem clínica ampliada, nem prevenção, nem cumprem plenamente com a função de atender urgências e emergências. A mudança do modelo de atenção implica, portanto, em inversão desta tendência. Transformar, gradualmente, os Pronto Atendimentos existentes em Pronto Socorros e ampliar a capacidade das Equipes Locais de atender intercorrências clínicas, de resolver problemas individuais e coletivos de saúde, e de intervir

sobre os mecanismos de produção de doenças. Para isto se faz urgente a implementação das seguintes diretrizes:

a- Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local: Para aumentar a capacidade da rede básica resolver problemas de saúde (individuais ou coletivos) há que se proceder a uma reformulação do processo de trabalho nestas unidades em dois sentidos:

- Clínica ampliada: Considera-se que todo profissional de saúde que atende ou cuida de pessoas realiza clínica, havendo, portanto, várias modalidades de clínica: a do enfermeiro, do psicólogo, do médico, etc.

Clínica ampliada é a redefinição (ampliada) do “objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos”. Considerar que o “objeto de trabalho” da assistência à saúde é uma pessoa, ou um grupo, ou uma família, ou um coletivo institucional, com doença ou risco de adoecer. O novo modelo de trabalho visa superar a clínica tradicional que toma como objeto somente a doença. Construir, portanto, um objeto ampliado para o trabalho da clínica: tomar o sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer e não somente a doença. E ainda outra ampliação: considerar não somente um paciente, mas também o grupo de sujeitos (a família e outros coletivos, uma classe, um agrupamento institucional) como objeto da clínica ampliada. De qualquer forma, no horizonte, não há como fugir da evidência de que o objeto de trabalho inclui a doença, ainda quando como uma possibilidade remota; a saúde é o objetivo, o resultado almejado.

Assim, tanto no diagnóstico quanto na terapêutica, tomar elementos orgânicos (biológicos), subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Isto implica em ampliar os meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, descentrando-a do uso quase que exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de reconstrução da subjetividade. Tudo isto sem negar o espaço singular dos vários tipos de clínica. Sem, portanto, fundi-las todas em um tipo comum. A combinação destes

elementos deverá ser variável conforme o problema em foco e a área de atenção envolvida.

Este tipo de clínica depende da existência de vínculo continuado (relação horizontal no tempo) entre profissionais e pacientes, famílias ou comunidades. Interação e personalização das relações entre equipe e usuário. Não há como realizar clínica ampliada em um PS (no PS há que se fazer clínica de urgência) ou em um PA. Neste sentido, o importante não é completar o diagnóstico em um primeiro atendimento quilométrico, mas ir construindo uma avaliação processual do casos.

Ampliação do objetivo: a finalidade da assistência individual é a produção de saúde por meio da cura ou da reabilitação, ou até mesmo de alívio do sofrimento. No entanto, a ampliação inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades. Uma linha de combate à medicalização, à institucionalização e a dependência excessiva das pessoas dos profissionais ou serviços de saúde.

Esta ampliação nunca poderá ser levada a cabo por um profissional isolado; é um desafio concreto para a equipe interdisciplinar e será uma tarefa da Equipe Local de Referência (Equipe de Saúde da Família) e das Equipes de Apoio.

- Ampliação das ações da saúde coletiva no nível local: Sem dúvida, a própria ampliação da clínica é um recurso poderoso para tornar realidade essa diretriz.

Entretanto, com objetivo de ampliar as ações de promoção e de prevenção sugere-se também a organização de Núcleos de Saúde Coletiva em todas as UBS. Funcionarão em apoio às Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família). Serão compostos por profissionais com formação em Saúde Pública, com tempo reservado para este tipo de trabalho, e pelos Agentes de Saúde .

A função destes núcleos será dupla: tanto apoio as Equipes de Referência, quanto desenvolver ações diretas sobre grupos, instituições, ambiente, etc. Faz-se necessário um definição mais precisa de suas

atribuições, tanto levando em conta problemas específicos da região, quanto o projeto de descentralização da Vigilância à Saúde em curso.

b- cadastro de saúde da população e vinculação de famílias a Equipe Local de Referência: Realizar Cadastro Familiar conforme metodologia sugerida pelo Programa de Saúde do Ministério, acrescida com dados de nosso interesse. Construir cadastros domiciliares com classificação de risco familiar e individual, bem como proceder à matrícula de famílias às Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família).

Este trabalho deverá ser realizado por Agentes de Saúde com apoio das equipes dos CSs e dos Distritos. Em regiões em que estiverem se instalando novos serviços ou de pequena cobertura assistencial, o cadastramento será realizado da forma clássica, de domicílio em domicílio. Em Centros de Saúde que já contem com clientela regular, o cadastramento poderá obedecer a critérios estabelecidos pela equipe local e basear-se nos prontuários familiares existentes.

Os Centros de Saúde serão reorganizados em Equipes Locais de Referência, (Equipes de Saúde da Família), responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, e Equipes de Apoio (Equipe Matricial), encarregadas de cooperar com as primeiras em áreas específicas, como saúde mental, saúde coletiva, reabilitação, etc.

Estas equipes deverão constituir-se em Unidades de Produção, ou seja, são equipes interdisciplinares e multiprofissionais, com objeto e objetivo de trabalho comum - um determinado número de famílias sob responsabilidade integral, e com poder gerencial próprio - autonomia relativa para pensar e organizar o processo de trabalho e projetos terapêuticos. O colegiado do Centro de Saúde será composto pelos componentes (ou representantes) das várias equipes organizadas em cada local. O Coordenador do centro deve trabalhar para apoiar a ação das Equipes Locais e de apoio articulando-as com os outros níveis do sistema.

Em vários Centros de Saúde há organização por áreas especializadas (programas) - saúde da criança, do adulto, da mulher, bucal, mental, etc, estas áreas poderão ser mantidas, servindo como apoio às Equipes de Saúde da Família. Este apoio efetivar-se-á por meio da elaboração de protocolos específicos, da sugestão de prioridades e de projetos, bem como encarregando-se de processos de educação continuada da equipe e de usuários.

As Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família) serão compostas por médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, dentista e acds ou atds. respeitando as características de Campinas (epidemiológicas e da própria rede) estimula-se que médicos pediatras, gineco-obstetras e clínicos (em meio período) integrem a Equipe Local de Saúde da Família.

Este projeto introduz dois novos profissionais na rede básica: o médico de família e o agente comunitário de saúde. Espera-se que sirvam como anteparo a tendência progressiva à especialização que se verifica nos serviços de saúde de todo o mundo. Reforçar a Equipe Local com profissionais contratados e treinados para responsabilizar-se integralmente pela atenção à saúde de pessoas e de famílias. a própria SMS/Campinas organizará cursos de capacitação para estes profissionais, visto que não são formados com este perfil pelo sistema tradicional de educação.

O Médico de família para Campinas terá como núcleo de competência e de responsabilidade exercer a clínica ampliada em relação aos adultos; e como campo de responsabilidade a atenção a intercorrências e a problemas mais frequentes em relação à criança (apoio à puericultura, infecções respiratórias, dinâmica familiar, etc) e à saúde da mulher (anti-concepção, patologias ginecológicas básicas, apoio ao pré-natal). Isto porque em todos os Centros de Saúde ele contará com pediatras e ginecologistas na própria equipe ou em apoio. Na eventualidade de algum pediatra oferecer-se como médico de família, poder-se-á organizar Equipes Locais com um ginecologista e um clínico como apoiadores.

Os Agentes de Saúde serão preparados e contratados como profissionais técnicos em Saúde Pública (não como auxiliares de enfermagem), ampliando a capacidade das UBS agirem na comunidade e nos domicílios. Sua qualificação não será avaliada apenas por saberes clássicos ao modelo médico, mas pela capacidade de interação e de proteção às pessoas, famílias e comunidade. A crítica extremada de alguns técnicos à função nuclear do Agente, no fundo, é uma reação contra a socialização de saberes e de práticas sanitárias. Os Agentes serão capacitados para a educação Paidéia: contribuir para que o paciente e familiares se apropriem de conhecimentos e de práticas que lhes foram progressivamente retirados pelo poder das corporações e pelo discurso técnico. Além disto, espera-se que eles apoiem o desenvolvimento integral das pessoas e comunidades, mobilizando o potencial destes agrupamentos, bem como estimulando o trabalho intersetorial.

Eles trabalharão ligados às Equipes de Referência e sob a supervisão do Núcleo de Saúde coletiva. O seu papel é o de expandir a capacidade de ação dos Centros de Saúde: acompanhando o dia-a-dia das famílias e pessoas que necessitem de apoio; realizando visitas em função de eventos sentinela, mortalidade materna, nascimentos, tratamento supervisionado, etc. Os agentes de saúde serão um recurso para ampliar a autonomia e capacidade de autocuidado de pacientes e das famílias, bem como para abrir o Centro de Saúde para demandas e necessidades emergentes na comunidade. O Agente de Saúde participará da construção de agendas para as Equipes, por exemplo. (ver documento da Coordenadoria de RH da SMS/Campinas)

Trabalhar-se-á com dois modelos básicos de Equipe Local de Referência:

- Clássica: composta por médico de família e enfermeiro, 1 dentista 36 hs ou 2 dentistas de 20 hs, 2 ACD + 1 TDH (onde houver), auxiliares de enfermagem e agentes de saúde (em turno completo) - com cobertura de 700 famílias ou 3500 pessoas.

- Ampliada: médico generalista e enfermeiro (em turno completo), pediatra e gineco-obstetra (ambos meio período), 1 dentista 36 hs ou 2 dentistas de 20 hs, 2 ACD + 1 TDH (onde houver), e acd, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde – com cobertura de 1400 famílias ou 7000 pessoas. Nota: para fim de cálculo, cada Equipe de família Ampliada corresponde a 02 das clássicas.

Para 04 ou 05 Equipes de Saúde da Família haverá apoio matricial da Equipe Local de Saúde Mental, do Núcleo de Saúde Coletiva, e de profissionais da Reabilitação.

c- Acolhimento e Responsabilização: São conceitos amplos e que exigem mudança de postura em todo o sistema de saúde, no sentido de receber os casos e de responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de colocar limites necessários.

Além desta concepção ampliada e que deve orientar a gestão de todo o SUS, o tomaremos também em sentido restrito: no de garantir Acesso, qualificando a recepção nos Centros de Saúde. Assim:

- a recepção nas UBS deverá ser técnica e não administrativa, permitindo a avaliação clínica dos casos durante todo o horário de funcionamento do serviço. A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento de casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente.

- Tarefas do Acolhimento em relação ao acesso: avaliar risco e necessidades de saúde caso a caso; resolver os casos conforme complexidade e capacidade do técnico em serviço; encaminhar os examinados conforme gravidade e disponibilidade para atendimento na própria UBS, ou Pronto Socorro ou Serviço de Referência, responsabilizando-se pelo sucesso do encaminhamento; cadastramento de pacientes ainda não matriculados e que

pertençam à região de cobertura da UBS; desenvolver ações preventivas e de educação em saúde (Tb, prevenção Ca, Vacinas, etc).

- Portas de Entrada: as UBS devem funcionar com várias Portas de entrada: todo paciente com retorno para qualquer atividade deve se dirigir direto para o setor sem passar pelo Acolhimento. O Acolhimento será porta de entrada para casos novos e para intercorrências (Imprevistos). As Equipes de Referência serão responsáveis pelo atendimento de suas próprias intercorrências, apoiando-se eventualmente na Equipe de Acolhimento.

- Agendamento: somente haverá agenda futura para indicações terapêuticas (retorno), ninguém deve ser agendado sem avaliação de risco. Há que se terminar com a prática de abrir agendamento em alguns dias do mês sem avaliação prévia dos casos.

- Funcionamento: O local para funcionamento de um Acolhimento de casos imprevistos deverá respeitar a privacidade (balcão não serve). Os profissionais deverão valer-se de protocolos para avaliação do risco à criança, mulher e adulto em geral. O pessoal designado para o Acolhimento deverá passar por capacitação e contar com apoio do tipo educação continuada. Poderão trabalhar no Acolhimento, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, etc, contanto sempre com pelo menos um médico na retaguarda de maneira a solicitar-se a imediata avaliação conjunta do caso. (Ver documento sobre acolhimento da SMS/Campinas).

d- Sistema de co-gestão: A gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência, bem como uma diretriz ético-política fundamental. A gestão é um modo de racionalizar os meios para atingir um fim (função administrativa clássica), mas é também uma forma de democratizar o poder (controlar o estado e o governo, ou os excessos dos distintos corporativismos), bem como de motivar e de educar os trabalhadores.

Consideramos que o SUS tem três objetivos básicos: a produção de saúde; a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores; e a sua própria reprodução enquanto política democrática e sistema solidário. A gestão

participativa reconhece que não há combinação ideal pré-fixada destes distintos interesses, e que é no exercício da co-gestão que se irão construindo contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema.

Operamos com a idéia de um sistema de co-governo: conselhos locais de saúde - coordenação, equipe e usuários compartilhando o poder; colegiados de gestão – o poder centrado na equipe interdisciplinar e não nas corporações; dispositivos variados – oficinas, reuniões por categoria profissional, sala de espera, assembléia com usuários, etc -; e, finalmente, gestão cotidiana democrática – com análise de temas e tomada de decisão envolvendo os interessados. Cada um destes Espaços Coletivos deve ser considerado deliberativo e tomar decisões no seu âmbito de governo e em conformidade aos contratos e diretrizes definidas.

Trabalharemos com a construção progressiva de projetos, envolvendo todo este sistema. O governo tem diretrizes, que são Ofertadas como temas a serem reconstruídos pelas Equipes. A gestão deve completar também temas oriundos de Demanda destes vários segmentos: usuários, famílias, equipes, etc.

As equipes dos Distritos e dos Departamentos da SMS passarão a funcionar como Apoiadores Institucionais, somando-se ao esforço das Equipes Locais e de segmentos de usuários para mudança de modelo e dos processos de trabalho.

Todos os Centros de Saúde devem montar ou, em caso de existência, reforçar os Conselhos Locais de Saúde e os Colegiados de Gestão. Sugerimos que se reserve pelo menos duas horas a cada quinze dias para reunião dos Colegiados (Equipes).

e- Capacitação: Com apoio das Universidades, dos Pólos de Capacitação de Saúde da Família, a SMS deverá desencadear um amplo e progressivo processo de educação continuada, tomando como foco a Equipe de Referência e a de Apoio, objetivando ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas UBS. O modelo pedagógico adotado será construtivo, com

concentração e dispersão, possibilitando discussão de casos e de elementos teóricos, e assegurando a circulação de informação e de outras experiências entre os profissionais.

Parte do curso será comum para toda a Equipe de referência e outra específica conforme o núcleo profissional. O conteúdo básico do Curso será: Política de Saúde e o SUS; Clínica Ampliada e Promoção à Saúde; Gestão participativa e o trabalho em equipe; O trabalho com famílias; Temas saúde/doença prevalentes: dependência química, violência, hipertensão, diabetes, etc.

TEXTOS DE APOIO PARA CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES:

- 1- Relatório final da V Conferência Municipal de Saúde de Campinas/SP – “SUS: Construção de Todos” – fevereiro/março de 2000.
- 2- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP – Relatório de Seminário sobre reorganização do modelo de atenção em saúde do Distrito Sul – setembro/2000.
- 3- Secretaria de Municipal de Saúde - Distrito Suldoeste e Equipe do CS Vida Nova – Relatório sobre Equipes de Referência: Modelo de Atenção à saúde na rede básica – janeiro 2001.
- 4- Ministério da Saúde – Saúde da Família – dezembro/2000
- 5- Gastão Wagner de Sousa Campos:
 - a- “Um Método para análise e co-gestão de coletivos: o Método da Roda”. São Paulo, Hucitec, 2000.
 - b- “Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde”. Revista Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO, 4(2): 303-404; 1999.
 - c- “Saúde Pública e saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas”. Revista de Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO, 5(2):219-230
 - d- “Clínica Ampliada e Acolhimento”. DMPS/FCM/UNICAP, mimeo, 1997.