

**Como cuidamos da vida?**

Que vida nós estamos defendendo?

Qual é o SUS que queremos?

Todo dia seu dia é sempre igual?

Como estamos realizando

nosso presente?

**A Atenção Básica está**

**no centro dos bairros,**

**no centro das vilas,**

**no centro dos jardins,**

**no centro da vida.**

Vc faz parte de uma rede que defende a vida.

**Vai acontecer**

**dentro do**

**Centro de Saúde.**

**Qual é a cara**

de quem você cuida?

**RESPEITO A SI,**

**RESPEITO AO OUTRO.**

Nos Centros de Saúde acontecem muitas

historias de cuidado.

**Conte a sua historia.**

**Faça sua historia.**

**Faça sua historia.**

**Faça sua historia.**

**Faça sua historia.**

**Faça sua historia.**

**Fale do seu trabalho.**

**O que você**

**mudaria nele?**

# OFICINA DA ATENÇÃO BÁSICA

RELATÓRIO FINAL

Campinas  
Dezembro/2009

# OFICINA DA ATENÇÃO BÁSICA

*“Há mais de uma verdade. E todas são importantes ao mundo.*

*Não há mal em que se alternem.”*

**Marguerite Yourcenar**  
*(in Memórias de Adriano)*

*“Uma coisa é por idéias arranjadas,  
Outra é lidar com país de pessoas,  
De carne e sangue,  
De mil e tantas misérias...  
Tanta gente - dá susto de pensar -  
E nenhum sossega:  
todos nascendo, crescendo, se casando,  
querendo colocação, emprego, comida,  
saúde, riqueza, ser importante,  
querendo chuva e negócios bons”.*

**Guimarães Rosa**

*(in Grande Sertão: Veredas)*

## **FICHA TÉCNICA**

### **Prefeito Municipal de Campinas**

Hélio de Oliveira Santos

### **Presidente do Conselho Municipal de Saúde**

Pedro Humberto Santos Scavariello

### **Secretário Municipal de Saúde**

José Francisco Kerr Saraiva

### **Diretora do Departamento de Saúde**

Maria Cecília Brandt Piovesan

### **Departamento Administrativo**

Mauro José Silva Aranha

### **Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**

Sílvia Aparecida Maria Lutaif Dolci Carmona

### **Diretor do Distrito de Saúde Norte**

Edison Martins da Silveira

### **Diretora do Distrito de Saúde Sul**

Valeria de Sousa Vala Romero

### **Diretor do Distrito de Saúde Leste**

Marco Aurélio Gianezzi

### **Diretor do Distrito de Saúde Noroeste**

Rubem Borges Fialho Junior

### **Diretora do Distrito de Saúde Sudoeste**

Deise Fregni Hadich

### **Coordenadora do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde - CETS**

Alóide Ladeia Guimarães

### **Coordenador da Atenção Básica**

Roberto Mardem Soares Farias

### **Grupo de Trabalho para Qualificação da Atenção Básica**

Roberto Mardem Soares Farias

Maria Haydêe de Jesus Lima

Adilson da Rocha Campos

Ilione de Cássia Pinto

Jeanete Múfalo Silva Bueno

## **ETAPAS DISTRITAIS**

### **Distrito Norte - 25/11/09**

Comissão Organizadora:

Fátima Cristina Ruberti Goulart

Sandra Regina Alves J. Pires

Vânia Maria Corrêa Barthmann

### **Distrito Leste - 25/11/09**

Comissão Organizadora:

Adriana Maccari P. de Moraes

Anamaria Porzia Capella

Cintia Mastrocola Soubhia

Edílson Marcos Vicentim

Eulina Santangelo

Milena A. Rodrigues da Silva

Paulo Donizetti Palma

### **Distrito Noroeste - 27/11/09**

Comissão Organizadora:

Claudia Manoel Curzio

Márcia Castagna Molina

Sandra Donizete Pasquini Silva

Vera Elisa de Oliveira

### **Distrito Sudoeste - 02/12/09**

Comissão Organizadora:

Marcelle Regina Silva Benetti

Marcelo Augusto Sartori

Maria Antonieta Salomão

Deise Fregni Hadichi

Wellington de Almeida

### **Distrito Sul - 04/12/09**

Comissão Organizadora:

Luciana Carrasco Cantareiro

Valéria de Sousa Vala Romero

Alfredo Pompeo do Amaral

Nayara Lúcia de Oliveira

## **ETAPA MUNICIPAL - 10 e 11 de dezembro de 2009**

### **Comissão Organizadora**

Adilson Rocha Campos  
Elisabete Gonçalves Zuza  
Elisabeth Lana M. Amstalden  
Francisco Mogadouro da Cunha

Jeanete Múfalo Silva Bueno  
Maria Haydée de Jesus Lima  
Roberto Mardem Soares de Farias  
Vânia Maria Corrêa Barthmann

### **Facilitadores dos Grupos de Trabalho**

Adriana Maccari P. Moraes  
Angela de Fátima S M Vilela  
Carolina Helena Moraes Sombini  
Cintia Mastrocola Soubhia  
Elisabete Gonçalves Zuza  
Elisabeth Lana M Amstalden  
Fátima Cristina Ruberti Goulart  
Fernando César Chacra

Francisco Mogadouro da Cunha  
Heloisa de Lima Gomes  
Maria do Carmo Ferreira  
Milena Aparecida Rodrigues Silva  
Nayara Lúcia de Oliveira  
Sandra Donizete Pasquini Silva  
Sandra Regina Alves J. Pires  
Vânia Maria Corrêa Barthmann

### **Apoio Logístico:**

Alóide Ladeia Guimarães - Coordenação  
Deidiane Pereira Prates  
Maria Cecília Candia Pimentel Veiga

### **Elaboração Relatório Final**

Comissão Organizadora

### **Revisão**

Alóide Ladeia Guimarães  
Elisabete Gonçalves Zuza  
Milena Aparecida Rodrigues da Silva

### **Diagramação e Formatação**

Marcelo Antonio de Freitas

### **Capa**

Adriane Pianowski

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
CONTEÚDO DAS DISCUSSÕES .....	10
EIXO 1: Acolhimento, Adscrição de Clientela, Vínculo e Responsabilização.....	10
<i>Dilemas</i> .....	10
<i>Problemas</i> .....	10
<i>Propostas</i> .....	13
<i>Ponto Polêmico</i> .....	16
EIXO 2: Linhas de Cuidado e Vigilância em Saúde.....	17
<i>Dilemas</i> .....	17
<i>Problemas</i> .....	17
<i>Propostas</i> .....	20
<i>Pontos Polêmicos</i> .....	24
<i>Demandas</i> .....	24
EIXO 3: Trabalho em Equipe, Relação de Equipe e Gestão do Trabalho .....	25
<i>Dilemas</i> .....	25
<i>Problemas</i> .....	25
<i>Propostas</i> .....	27
<i>Pontos Polêmicos</i> .....	30
EIXO 4: Participação dos Trabalhadores e Usuários na Gestão das Unidades Básicas .....	31
<i>Dilemas</i> .....	31
<i>Problemas</i> .....	31
<i>Propostas</i> .....	33
<i>Pontos Polêmicos</i> .....	34
<i>Demandas</i> .....	35

## **INTRODUÇÃO**

A proposta para a realização de uma Oficina da Atenção Básica foi sugerida em vários espaços da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMS) no decorrer de 2009. Foi mencionada no “Seminário do Trabalho Médico” realizado em 2008/2009, indicada nos grupos de trabalho da Política de Humanização, apontada como necessidade nas Oficinas de Humanização com os recepcionistas e no processo de acolhimento dos novos médicos e vista como uma estratégia de grande importância a partir das mudanças ocorridas na gestão central da SMS, em meados de 2009.

A Comissão Organizadora da Oficina foi formada no fórum dos Grupos de Trabalho da Humanização e posteriormente ampliada com a participação de servidores de diversas inserções na rede básica e nos cinco Distritos de Saúde. A ela foi atribuída a tarefa de operacionalizar a proposta tendo como referência o espaço deliberativo do Colegiado de Governo da SMS.

A oficina foi organizada por meio de um debate ascendente, em três etapas, do qual participou um grande número de trabalhadores, gestores e usuários. Na primeira etapa, foi proposto um roteiro para debate por todos os trabalhadores das Unidades. Posteriormente os cinco Distritos realizaram uma oficina regional com os gestores e trabalhadores. Todo o processo culminou na Oficina Municipal, realizada nos dias 10 e 11 de dezembro de 2009, com ampla participação de representantes de trabalhadores e gestores indicados nas etapas anteriores.

A Oficina teve como principal objetivo identificar as principais dificuldades, os conflitos e as estratégias de enfrentamento nos modos de se fazer a gestão do cuidado em saúde nas Unidades Básicas da rede. O foco, portanto, foi no processo de trabalho das Unidades, no modo como as equipes se organizam e como se dá a relação entre os trabalhadores e deles com os usuários.

A Oficina não pretendeu esgotar o debate, mas reiniciá-lo, abrindo espaço para que as equipes locais formulassem suas propostas e fortalecessem a rede básica como estruturante do sistema municipal de saúde. Neste sentido podemos considerar que obtivemos êxito. Através deste relatório temos em mãos um diagnóstico tão extenso quanto profundo dos problemas que afligem as equipes das Unidades Básicas, bem como um vasto conjunto de propostas para o enfrentamento dos problemas que afetam o cotidiano da prestação dos cuidados à saúde dos cidadãos.

Na continuidade do processo estão previstas as seguintes ações:

1. Debate do conteúdo deste Relatório nos Colegiados Distritais
2. Preparação dos Gestores de Unidades Básicas, nos Distritos, para apresentação das propostas mais relevantes para as equipes locais.
3. Discussão das propostas pelo Grupo de Trabalho para a Qualificação da Atenção Básica e Coordenador da Atenção Básica com os responsáveis pelas áreas para as quais as propostas são dirigidas.
4. Discussão das propostas da Oficina com o grupo de planejamento da SMS.
5. Avaliação do processo no final do primeiro trimestre de 2010.



O Relatório que ora apresentamos foi elaborado a partir das discussões ocorridas nas Unidades Básicas e nas cinco Oficinas Distritais, que geraram um “documento guia”. O mesmo serviu de base para as discussões dos participantes na Oficina Municipal e foi modificado pela incorporação das propostas que lá ocorreram. O conteúdo das discussões está organizado em quatro eixos temáticos:

***Eixo 1 - Acolhimento, Adscrição de Clientela, Vínculo e Responsabilização***

***Eixo 2 - Linhas de Cuidado e Vigilância em Saúde***

***Eixo 3 - Trabalho em Equipe, Relação de Equipe e Gestão do Trabalho***

***Eixo 4 - Participação dos Trabalhadores e Usuários na Gestão da Básica de Saúde***

Cada um dos quatro eixos está organizado da seguinte forma:

- Dilemas centrais percebidos nas discussões;
- Problemas relativos ao eixo de discussão;
- Propostas que foram consensuais e;
- Pontos que permaneceram polêmicas mesmo após o debate na Oficina Municipal,

Procuramos agrupar os problemas e propostas que tratam de um mesmo assunto para facilitar a leitura e o trabalho posterior.

As propostas relativas à Gestão do Trabalho, mesmo quando formuladas nos grupos que debateram outros temas, foram todas agrupadas no Eixo Temático 3 - Trabalho em equipe, relação de equipe e gestão do trabalho. As que dizem respeito ao Departamento Administrativo também foram agrupadas no final do documento, independentemente do grupo em que foram formuladas.

Posteriormente, a Comissão Organizadora irá divulgar, além do relatório final, um documento mais resumido, com o essencial dos debates, para facilitar as discussões com as equipes locais.

## CONTEÚDO DAS DISCUSSÕES

### EIXO 1: Acolhimento, Adscrição de Clientela, Vínculo e Responsabilização

#### **Dilemas:**

*Como organizar o acolhimento aos usuários, como responsabilidade de toda equipe, garantindo que as necessidades de saúde sejam reconhecidas de maneira ampla pelos trabalhadores, incluindo as necessidades subjetivas (humanizando o serviço), mas sem transformar a Unidade Básica num grande “pronto-atendimento” sem impacto nas condições de saúde?*

*Como usar a adscrição de famílias a uma equipe de referência como forma de facilitar o vínculo, a responsabilização, o planejamento das ações, sabendo que os recursos são limitados para garantir compatibilidade entre população/equipe e que a divisão em equipes de referência pode levar também à burocratização e a uma rigidez que restringe o acesso e fere os direitos dos usuários?*

#### **Problemas:**

##### **Conceito de Acolhimento**

- O Acolhimento em muitos locais é entendido apenas como uma triagem de risco, em geral a cargo do enfermeiro ou do auxiliar de enfermagem. Não muda a postura da equipe como um todo e dessa forma não tem potência para humanizar o serviço.
- Há muitas práticas de Acolhimento em circulação na rede e muitas distorções da proposta original.
- Muitas Unidades organizam o fluxo de maneira que todos os usuários, sem exceção, têm que passar pela “sala de acolhimento” para qualquer ação na unidade. Essa organização aumenta a espera, duplica ações (o usuário pode ter que passar por três filas!) e tira autonomia do usuário.
- O Acolhimento também está sendo “medicalizado”, sendo focado na queixa/conduita, gerando muitos pedidos de exames desnecessários e muita prescrição inadequada de medicamentos.
- O Acolhimento sem componente educativo e sem capacitação do pessoal leva a um “consumismo” cada vez maior de ações de saúde e não aumenta a autonomia do usuário.

##### **Relação de Equipe e Acolhimento**

- A falta de envolvimento de toda equipe no Acolhimento e a falta de recursos criam situações de grande tensão para quem está recebendo o usuário e não pode contar com retaguarda dos outros colegas de equipe.
- Há muita resistência dos médicos e também dos enfermeiros em dar retaguarda para o Acolhimento. Isso é causa de alto nível de estresse dos auxiliares e recepcionistas.

### **Acolhimento e Capacitação da Equipe**

- Acolher o usuário, fazendo uma escuta qualificada e respondendo às suas necessidades, é uma ação de alta complexidade e requer capacitação, educação permanente e apoio constante para o trabalhador. Isso não é propiciado pela SMS na medida da necessidade das equipes.
- As pessoas que fazem o Acolhimento nem sempre estão preparadas para desempenhar a função. Algumas vezes falta compreensão do seu papel, capacitação técnica e conhecimento da rede de apoio para os diferentes problemas do usuário.
- A SMS não possuiu um “protocolo de acolhimento” voltado para a Atenção Básica que possa ser utilizado como uma referência técnica para capacitações em serviço de novos funcionários.

### **Acolhimento, Limite de Recursos e Distorção do Modelo Assistencial**

- Mesmo havendo uma boa organização do Acolhimento e compromisso com outras formas de atendimento, tais como: atendimento domiciliar, grupos educativos, ações programáticas para grupos mais vulneráveis, trabalhos em escolas e outras instituições, a Unidade Básica algumas vezes terá que encaminhar usuários que necessitam de pronto atendimento aos Prontos Socorros, mesmo em casos de pouca complexidade, devido ao limite de recursos. Isso nem sempre é reconhecido como necessário e adequado pelos gestores da SMS, gerando muitos conflitos.
- A necessidade de atendimentos médicos que surge a partir do Acolhimento é muito maior do que a capacidade da unidade de agendamento em prazo razoável para a Atenção Básica.
- A partir da determinação de acolher todos os usuários muitas Unidades estão se descaracterizando, deixando de fazer as funções mais típicas das Unidades Básicas e estão virando Pronto Atendimento.

### **Acolhimento e Cultura do Usuário**

- A cultura da saúde baseada no modelo médico-centrado dificulta a relação com os usuários que sempre querem consulta médica mesmo quando a enfermagem julga que isso não é necessário.
- Há um grupo de usuários que é altamente consumidor de ações de saúde mesmo sem necessidade, tem um alto grau de dependência do serviço, desgasta a equipe e ocupa recursos que poderiam ser destinados a quem precisa mais.

### **Acolhimento e Organização Interna da Unidade Básica de Saúde**

- Algumas Unidades organizam o atendimento por equipe de referência. Essa forma trás a vantagem do Acolhimento feito por quem já conhece o usuário e tem vínculo com ele, mas pode trazer como desvantagens restrição do horário de atendimento e rigidez excessiva na organização, dificultando o acesso do usuário. Outras Unidades preferem organizar um Acolhimento comum para todas as equipes, às vezes por área (criança, mulher e adulto). Essa forma de organizar tem a vantagem de garantir o Acolhimento durante todo o período de

funcionamento da Unidade e aumentar a resolutividade, porém pode trazer como desvantagem a falta de vínculo com o usuário por parte de quem acolhe.

- A demanda espontânea em algumas Unidades assume características muito especiais, devido à alta concentração populacional, a distância de um serviço de Pronto Atendimento/Socorro e pela alta dependência que a população tem do SUS. Essas Unidades exigem estratégias diferenciadas para o Acolhimento.
- Algumas Unidades burocratizaram muito o que chamam de Acolhimento, usando senhas em número muito limitado e restringindo o horário em que a triagem e a marcação de consultas são feitas.
- É difícil equacionar os horários de pico. Nesses horários, mais pessoas teriam que ser escaladas para o Acolhimento.

### **Acolhimento e Condições Estruturais**

- Acolher é também proporcionar conforto, condições dignas de higiene, informação precisa e privacidade para o usuário. Nossas Unidades nem sempre oferecem essas condições.

### **Adscrição, Vínculo e Responsabilização**

- A adscrição pode ser entendida de maneira burocrática e ser usada contra o usuário e não a favor dele.
- A postura inadequada de alguns funcionários compromete a relação de toda equipe com os usuários.
- Temos Unidades Básicas onde a composição da equipe encontra-se em total inadequação frente ao número de famílias a serem atendidas e em relação à composição demográfica da região.
- A rotatividade dos profissionais das equipes dificulta a formação de vínculo e desorganiza a adscrição.
- Muitos usuários recusam a vinculação a um médico determinado. Outros já têm vínculo com um determinado profissional e não aceitam mudar de equipe quando a Unidade reorganiza a adscrição das famílias.
- Muitas equipes trabalham sem conhecer dados demográficos e diagnósticos de saúde da sua população por dificuldade de acessar bancos de dados e de obter relatórios de interesse prático.
- As equipes de saúde bucal estão, em geral, pouco integradas aos outros profissionais das equipes de referência e o número de profissionais está muito aquém da necessidade, o que dificulta qualquer proposta de adscrição.
- A adscrição contribui pouco para a maior responsabilização pelos usuários. A responsabilização parece ser uma característica individual dos profissionais. Para alguns, a adscrição só serve para restringir o atendimento para quem não é da sua equipe.

## **Propostas:**

### **Relativas ao Acolhimento**

- ✦ A SMS deve realizar um Seminário, com ampla participação dos trabalhadores para discutir as concepções e as propostas de Acolhimento. A preparação desse seminário deve incluir um diagnóstico que quantifique e qualifique a demanda espontânea das Unidades; a situação de recursos humanos para o atendimento da mesma e a elaboração de um inventário de experiências em curso na rede. O seminário deve ter uma metodologia que enfatize a troca de experiências e a elaboração de novas propostas.
- ✦ A SMS deve definir e adotar o conceito de Acolhimento como postura acolhedora de todos os membros da equipe. Deve também desenvolver várias estratégias para que a aversão que se criou a essa palavra seja superada (a realização do seminário, o debate desse relatório, a troca de experiências, e outras ações educativas).
- ✦ Dentro desse esforço de criar consensos sobre o conceito mais ampliado de Acolhimento, devemos diferenciar Acolhimento de Pronto Atendimento. Devemos também debater os conceitos e o papel de cada serviço com as equipes que trabalham nos serviços de Pronto Atendimento/Socorro e no SAMU objetivando criar relações mais solidárias e diminuir as resistências entre os serviços. O Acolhimento como componente da Política de Humanização deve ser buscado por toda a rede de saúde, de forma integrada e solidaria, e não deve ser reduzido a uma triagem por classificação de risco, como ocorre em alguns hospitais do SUS.
- ✦ A SMS / CETS / Distritos e Coordenadores de UBS devem desenvolver projetos educativos articulados, com o objetivo de propiciar à equipe de enfermagem espaços de reflexão sobre os princípios do SUS, os direitos e deveres dos trabalhadores, a prática do Acolhimento, maior segurança técnica e maior capacidade de resolver os problemas mais freqüentes dos usuários no processo de acolhimento. Esses projetos devem se tornar prioridade de todos os níveis em relação às ações educativas no próximo ano.
- ✦ A SMS deve desenvolver instrumentos de informação para a população (folhetos, cartilhas, pôsteres, etc.), que possam também ser discutidos nos CLS, sobre o funcionamento das unidades de saúde, criando condições para um acesso mais racional em todo o sistema, esclarecendo o papel das UBS, PA, PS, Centros de Convivência, CAPS, etc.
- ✦ Constituir na SMS um grupo de trabalho para elaborar um protocolo de Acolhimento que contribua, como uma referência técnica, na capacitação de novos profissionais e crie coesão no trabalho das equipes. Esse instrumento deve conter os fluxos para dentro e fora da Unidade e as responsabilidades de cada membro da equipe na linha de cuidado. A introdução desse instrumento na rede, após sua elaboração, deve ser através de um processo de ampla discussão com as equipes locais.
- ✦ A SMS, junto com os Distritos e Unidades, deve desenvolver estratégias especiais para situações especiais, tais como alta concentração populacional, distância dos serviços de

Pronto Atendimento/Socorro, Centros de Referência, Centros de Convivência, filas na madrugada, estafa da equipe, etc. Nessas situações especiais deve prevalecer a postura humanizada e solidária às maiores necessidades e ao sofrimento da população e das equipes. Essa atitude deve prevalecer em relação aos princípios gerais propostos para organização do processo de trabalho e devem ser buscadas soluções que amenizem o problema, como por exemplo, a contratação de médicos para atendimento especificamente da demanda espontânea.

- ⊕ Retomar capacitações das equipes das UBS em urgência/emergência, realizadas nas Unidades, pelo CETS e NEU (Núcleo de Educação Urgência).
- ⊕ Os Coordenadores locais devem garantir espaços de discussão constantes para compartilhamento dos problemas que surgem no Acolhimento, comprometendo toda a equipe com a busca de soluções de maneira solidária.
- ⊕ A escala dos trabalhadores para atendimento da demanda espontânea deve contemplar a necessidade de rodízio freqüente e de preferência evitar a permanência do trabalhador nesse tipo de atendimento durante toda a sua jornada de trabalho.
- ⊕ As Unidades devem desenvolver um processo de trabalho que garanta maior retaguarda para quem está na linha de frente do Acolhimento. Nesse processo é necessário definir as responsabilidades de todos os membros da equipe; investir na construção da relação solidária e complementar entre médicos e enfermeiros; elaborar compartilhadamente as agendas de médicos e enfermeiros; criar formas alternativas de atendimento em grupos e, sobretudo, garantir as linhas de cuidado sistematizadas para abordagem dos problemas mais freqüentes e doenças crônicas, bem como ampliar o cardápio de ofertas da Unidade.
- ⊕ Para evitar que as Unidades Básicas se transformem em serviços de pronto atendimento de baixo impacto no quadro de saúde da população, todas elas devem garantir o desenvolvimento de ações sistematizadas para os grupos mais vulneráveis, qualificando o atendimento, aumentando a autonomia dos usuários e evitando a agudização dos quadros clínicos (consultar o conjunto de propostas do Eixo Temático 2 - Linhas de Cuidado).
- ⊕ Os coordenadores locais, se necessário com o apoio da equipe distrital, devem estudar em cada Unidade os principais motivos de procura e criar fluxos mais racionais para demandas específicas e muito objetivas (como atestados e renovação de receitas) e com isso dar mais agilidade ao acolhimento.
- ⊕ Não organizar o Acolhimento como a única porta de entrada. Desburocratizar o fluxo interno da Unidade, reavaliando onde o acesso direto deve ser garantido aos usuários e delegando aos recepcionistas tanto a responsabilidade pelo direcionamento do fluxo, como o agendamento de algumas ações, por exemplo, a realização de exame de citologia oncológica, entre outros.

- ⊕ A utilização de senhas e painel eletrônico (consultar item - Demandas para o Departamento Administrativo) nas UBS deve ser uma medida de conforto para usuários e melhoria das condições de trabalho para a equipe, mas não podem ser limitantes do acolhimento.
- ⊕ As UBS devem atender os casos de urgência, mesmo de usuários que residem fora de sua área de cobertura, sendo essa, inclusive, uma exigência ética e legal.
- ⊕ As agendas dos profissionais, que se constituem em instrumentos de grande importância para garantia do Acolhimento, devem ser estruturadas a partir de discussões entre os profissionais, a equipe e o coordenador.
- ⊕ No desenvolvimento da postura acolhedora, que deve ser de toda a equipe, temos que avaliar as portas de entrada de alta relevância para os usuários, que incluem os procedimentos de enfermagem, como curativos, inalação e vacinas, e também a recepção e a farmácia. A discussão da humanização desses espaços é fundamental para a construção de uma Unidade Básica efetivamente acolhedora.
- ⊕ Criar quadro informativo, visualmente adequado, bonito, organizado e eficiente na comunicação para os profissionais que realizam o Acolhimento, sobre mudanças nas condições de acesso dos usuários aos serviços internos e de referência mais utilizados, por exemplo, mudança de endereço e horários de Raio X; horário e dias de coleta de exames na própria Unidade; profissionais afastados; etc.).

#### **Relativas à Adscrição e Responsabilização**

- ⊕ O Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SMS, os Distritos, com a participação das Unidades, devem adotar como referência para o dimensionamento de pessoal na unidade e número de equipes, critérios como número de famílias, série histórica da produção da unidade, vulnerabilidade da população, horário de funcionamento da unidade e aspectos demográficos e epidemiológicos específicos do território, entre outros, visando compor equipes diferentes para diferentes realidades. A título de exemplo, em algumas Unidades, pode haver um pediatra por equipe, em outras, um pediatra poderá atender duas equipes e ainda ter mais um clínico em jornada de 20 horas, etc. Considerar também que em função das necessidades do território o número de ACS pode variar de equipe para equipe.
- ⊕ Sugere-se que a SMS realize esse dimensionamento, considerando os critérios acima, e estabeleça metas anuais de contratação e adequação das equipes através de concursos públicos (consultar Eixo Temático 3 - Gestão do Trabalho).
- ⊕ Nas UBS em que há muita desproporção entre população e capacidade instalada os Distritos devem estudar a reestruturação das áreas de abrangência de forma a minimizar situações de muita desigualdade.
- ⊕ Após a realização da Oficina da Atenção Básica e com base nas propostas aprovadas, a SMS deve elaborar um documento de diretrizes operacionais que contribua para a

organização das Unidades Básicas e que contenha minimamente: atribuições da UBS; recomendações para organização do acolhimento; atribuições dos profissionais; diretrizes para composição das equipes e adscrição de clientela; ações programáticas essenciais; organização das ações de vigilância à saúde; organização das reuniões e finalidade de cada uma; papel e limite de autonomia do Colegiado Gestor; e participação dos trabalhadores e usuários na gestão.

- ⊕ O coordenador da Unidade deve elaborar, com a participação de todos os trabalhadores, planejamento através do qual todos os membros da equipe conheçam o território sobre o qual atuam, tanto através das informações disponíveis quanto através da efetiva visita às residências, escolas, entidades assistenciais, locais de reunião da população, etc. Além disso, o coordenador, apoiado pelo Distrito, deve preparar um conjunto básico de dados e informações que proporcione às equipes um conhecimento geral do seu território, a ser aprimorado gradualmente com o trabalho da própria equipe.
- ⊕ A adscrição das famílias às equipes de referência deve ser considerada um princípio organizacional das UBS, fundamental para facilitação do vínculo, da responsabilização e do planejamento das ações. Devemos compreender que a população de Campinas está 100% adscrita às unidades, porém a adscrição às equipes de referência vem se fazendo de forma gradual pela dificuldade que temos para compor as equipes. A compatibilização entre o tamanho das equipes e a população adscrita deve ser uma meta prioritária da SMS, considerando que a adscrição é estratégia essencial para consolidação da rede básica de saúde porque permite o planejamento das ações e é um forte indutor da mudança do modelo assistencial. Ainda que não se obtenha a adequação de imediato, trabalhar com adscrição foi considerado na oficina, uma estratégia fundamental para organização do processo de trabalho na Unidade Básica, tal como ele é concebido na SMS.
- ⊕ A adscrição não pode ser, no entanto, entendida como uma medida burocrática e inflexível. Devem ser considerados com flexibilidade pela equipe os casos em que o usuário se recusa a ser atendido pelo médico de sua equipe e situações em que a adscrição não está facilitando o acesso.
- ⊕ A solicitação por parte da UBS de que os usuários tragam comprovante de endereço e documentos de identificação para abertura de prontuário deve ser vista como medida de qualificação das informações, mas não pode ser impeditiva do atendimento.

### **Ponto Polêmico:**

- × O Disque-Saúde: deve ser um projeto a ser ampliado de maneira centralizada ou devemos caminhar para alocar recursos diretamente nas UBS, de maneira que elas mesmas possam realizar agendamentos por telefone, com maior capacidade de priorizar grupos de risco e maior vinculação com os profissionais?



## **EIXO 2: Linhas de Cuidado e Vigilância em Saúde**

### **Dilemas:**

*Como garantir estabilidade e eficácia das ações programáticas implantadas para os grupos mais vulneráveis, considerando as constantes pressões da demanda espontânea e a rotatividade de médicos e de outros profissionais?*

*Que estratégias devemos desenvolver para incorporar ações de Vigilância em Saúde na prática clínica de todos os profissionais?*

### **Problemas:**

#### **Linhas de Cuidado e a Organização do Processo de Trabalho na UBS**

- Apesar de inúmeras discussões, capacitações, protocolos e experiências históricas ainda desenvolvemos poucas ações sistematizadas e qualificadas para os grupos de risco e os mais vulneráveis.
- Muitos profissionais não conhecem os protocolos da SMS para as linhas de cuidado; outros conhecem, mas não utilizam e os coordenadores não conseguem desenvolver ações para garantir a implantação dos protocolos.
- Profissionais, médicos principalmente, mas também de outras categorias, não têm formação para o trabalho em equipe e a incorporação do conhecimento epidemiológico na prática clínica, aspectos que são fundamentais para trabalhar com qualificação e priorização de linhas de cuidado.
- A equipe de enfermagem desenvolve ações nas linhas de cuidado prioritárias, mas sem continuidade e sem avaliação. O papel da equipe de enfermagem está muito voltado para “apagar incêndios” e reserva pouco espaço na agenda para atendimento programado aos grupos de risco.
- A rotatividade de médicos é altamente prejudicial à construção de ações sistematizadas e qualificadas para os doentes crônicos.
- A demanda espontânea ocupa grande parte da agenda dos profissionais dificultando a organização do atendimento aos grupos de risco.
- As práticas integrativas estão bastante disseminadas na rede, porém falta racionalizar a oferta e monitorar o impacto de algumas ações visando estabelecer prioridades e avaliação das capacitações.
- Muitas de nossas ações educativas, que consideramos de alta importância para os grupos de risco, não têm adesão dos usuários evidenciando uma necessidade de que sejam avaliadas e qualificadas.

### **Linhas de Cuidado e Gestão Central da SMS**

- Faltam diretrizes claras da SMS sobre as linhas de cuidado a serem priorizadas e faltam parâmetros para avaliar o desempenho das Unidades em relação a elas (contrato de metas?).
- As assessorias técnicas do Departamento de Saúde e as Câmaras Técnicas, que deveriam apoiar os Distritos e Unidades no desenvolvimento das ações nas linhas de cuidado prioritárias têm projetos fragmentados, são ausentes das Unidades Básicas, não conhecem a realidade da rede e não formulam propostas apoiadas na realidade.

### **Linhas de Cuidado e Educação**

- A capacitação de alguns apoiadores, coordenadores e de profissionais é insuficiente para implantar ações qualificadas nas linhas de cuidado prioritárias, havendo inclusive desconhecimento de algumas delas.

### **Linhas de Cuidado e Intersetorialidade**

- A rede de saúde encontra grande dificuldade quando necessita de parceria com a área de Assistência Social para construção de projetos terapêuticos.

### **Linhas de Cuidado e Atenção Especializada**

- A relação da Unidade Básica com os serviços especializados é ainda a da tradicional “referência e contra/referência” (quando muito!) e apenas em raras situações é de co-responsabilização pelo usuário.
- A gestão da “caixinha” de encaminhamentos para as especialidades e, sobretudo, o monitoramento do usuário encaminhado que aguarda acesso apresenta várias falhas por parte da gestão local e das equipes de referência.
- As experiências de matriciamento das áreas especializadas precisam ser avaliadas para que seja possível estender a todas os aspectos positivos que algumas tem vivenciado.
- A proporção de consultas nas áreas básicas e nas especialidades mostra que provavelmente a resolutividade da rede é baixa e que muitos encaminhamentos são desnecessários ou realizados de maneira descompromissada e sem as informações requeridas pelo caso.
- A SMS deve desenvolver estratégias para que a rede básica aumente sua resolutividade para os problemas mais prevalentes, pois ainda encontramos entre os profissionais situações de muita inadequação.
- Há necessidade de ampliação da oferta de algumas especialidades, mas a necessidade precisa ser bem estudada.
- A relação da Unidade Básica com os serviços de Pronto Atendimento/Socorro e Hospitais não é fácil e não garante continuidade do cuidado.

## **Linhas de Cuidado e Sistema de Informação**

- Apesar de a SMS ter muitos bancos de dados e produzir muita informação, as Unidades não têm acesso e não recebem relatórios úteis para organização do seu trabalho.

## **Linha do Cuidado em Saúde Mental**

- O fluxo para encaminhamento do paciente com sofrimento mental em situação de urgência estabelecido na rede de Campinas é pouco claro para as Unidades e a retaguarda de leitos para casos agudos urgentes é altamente insuficiente.
- Faltam profissionais da área de saúde mental para garantir retaguarda para as equipes de referência e para garantir apoio matricial adequado às necessidades das Unidades Básicas.
- Muitos profissionais não se envolvem com as ações de saúde mental (Não querem? Não conseguem? Não têm disposição interna?) e resistem muito ao matriciamento.
- Muitos profissionais da área de saúde mental não estão preparados para desenvolver as ações de matriciamento.
- Há grandes resistências nas Unidades Básicas à política de saúde mental da SMS em relação ao papel atribuído a elas.
- As Unidades Básicas desenvolvem poucas ações para dependentes de álcool e drogas.
- Os CAPS AD são insuficientes para a crescente demanda da cidade.
- Faltam recursos de saúde mental para acompanhamento de casos complexos de crianças e adolescentes.

## **Linha do Cuidado em Saúde Bucal**

- Muitas equipes de saúde bucal não desenvolvem ações coletivas de prevenção.
- A SMS não ampliou nos últimos anos as equipes de saúde bucal e as retaguardas especializadas em saúde bucal são altamente insuficientes gerando filas de espera desumanas.

## **Vigilância em Saúde**

- Há uma grande necessidade de capacitação nos principais conceitos e nas ações de Vigilância em Saúde que abrange apoiadores distritais, coordenadores locais e profissionais em geral.
- Algumas Unidades apresentam uma organização muito precária da área de vigilância, sem definição de responsabilidades e sem transmissão de informações mínimas às equipes.
- O Núcleo de Saúde Coletiva (NSC) não funciona na maioria das Unidades e quando funciona tem muita dificuldade de compreender e desempenhar seu papel no cotidiano.
- Os profissionais de saúde, em geral, têm uma formação muito deficiente em vigilância e incorporam com muita dificuldade a visão de Vigilância em Saúde na sua prática clínica.
- As Unidades não recebem relatórios periódicos dos dados epidemiológicos de interesse para o diagnóstico de saúde e o acesso aos bancos de dados é difícil no dia a dia do trabalho.
- Há dificuldade de integração entre os vários níveis da gestão para as ações de Vigilância: COVISA, VISA, apoio distrital, Departamento de Saúde e equipes locais.

## **Propostas:**

### **Relativas às Linhas de Cuidado Prioritárias**

- ⊕ A partir do entendimento de que “definir linhas de cuidado prioritárias” tem como objetivo garantir equidade, universalidade e a atenção integral como princípio, a SMS deve estabelecer que todas as UBS desenvolvam ações sistematizadas, pelo menos, para: crianças menores de 2 anos; crianças com dificuldade escolar e dificuldade de adaptação à escola; adolescentes em situação de maior vulnerabilidade; mulheres (pré-natal, prevenção do CA de colo e mama, planejamento familiar); hipertensos e diabéticos; idosos frágeis; problemas mais prevalentes na área de saúde mental; alcoolistas e tabagistas; pessoas com distúrbios nutricionais e portadores de LER/DORT. Além desses grupos, cada Unidade, a partir de suas condições específicas, deve avaliar que outros grupos devem ser estudados e priorizados de maneira a contemplar o objetivo de aumentar a autonomia dos usuários no cuidado em saúde e garantir ofertas cada vez mais adequadas e eficazes para o enfrentamento dos problemas de saúde prioritários.
- ⊕ A SMS deve desenvolver estratégias para que todos os gestores locais tenham conhecimento do Pacto pela Saúde e tenham condições de debater com as equipes de saúde as metas pactuadas pela SMS com as outras instâncias do SUS.
- ⊕ A discussão sobre linhas de cuidado prioritárias deve fazer parte de todos os processos de capacitação dos gestores das UBS e, os protocolos e diretrizes operacionais destinados a qualificar as ações devem ser revistos periodicamente pelas Câmaras Técnicas.
- ⊕ A disponibilização dos protocolos para as equipes e sua utilização, com as adaptações e singularidades sempre respeitadas, deve ser responsabilidade dos coordenadores locais e apoiadores distritais.
- ⊕ A SMS, Departamento de Saúde, CETS, Distritos e equipes das Unidades devem levantar as prioridades de capacitação técnica dos trabalhadores dentro das linhas de cuidado prioritárias e desenvolver projetos integrados e articulados de educação para as equipes locais, com cronograma anual, que permita o planejamento das Unidades para a saída dos profissionais.
- ⊕ A SMS deve implementar ações de educação à distância como teleconferências, discussão de casos e atualizações técnicas.
- ⊕ As ações de gestão são imprescindíveis para que as ações educativas tenham eficácia, por isso deve ficar claro que cabe aos gestores locais e distritais propiciar troca de conhecimento entre os membros das equipes e implantação de novas ações que foram alvo de capacitações.
- ⊕ As agendas dos profissionais devem ter espaço protegido para realização de ações programadas e diversificadas voltadas para os grupos de risco definidos como prioritários.

- ⊕ A SMS deve deixar claro ao definir atribuições da UBS que a equipe de referência é a gestora do cuidado, mesmo quando o usuário é encaminhado aos serviços de referência.
- ⊕ O “Projeto de Qualificação da Gestão do Cuidado”, que vem sendo implantado em parceria com o Ministério da Saúde, deve ser levado, pelos gestores, para amplo debate na rede. Nesses debates devem ser dados todos os esclarecimentos necessários sobre a natureza do projeto, suas implicações, adaptações à rede de Campinas e suas possibilidades de expansão.
- ⊕ A SMS deve estabelecer diretrizes claras para organização da rede de Unidades Básicas. Essas diretrizes devem ser baseadas na incorporação dos princípios da estratégia de Saúde da Família, porém devem também respeitar as particularidades de Campinas e a singularidade das equipes e dos territórios. A adaptação implica em:
  - Trabalhar com equipes ampliadas, adaptadas às várias situações do município;
  - Trabalhar com adscrição e ações no território;
  - Número de equipes compatível com o número de famílias;
  - Várias ações realizadas em comum para as várias equipes nas Unidades Básicas (vigilância em saúde, assistência farmacêutica, vacinas, curativos, arquivo de prontuários, apoio administrativo em geral, etc.);
  - Coordenação única do gestor da Unidade e do colegiado gestor.

#### **Relativas à Relação UBS e Serviços de Referência**

- ⊕ O coordenador da Unidade Básica, com o apoio do Distrito, é o responsável pela gestão dos casos encaminhados que aguardam agendamento (a caixinha). A equipe de referência é responsável pelo apoio aos usuários que aguardam agendamento, sendo a articuladora da linha do cuidado e oferecendo ao gestor local os subsídios de que necessita para a avaliação da situação e busca das soluções que fogem à competência da UBS.
- ⊕ A SMS deve continuar a implantação de estratégias que visam capacitar as equipes na gestão do cuidado e na ampliação da capacidade resolutiva.
- ⊕ A gestão central e distrital da SMS deve intensificar ações para a maior integração da rede básica com o ambulatório de especialidades do Hospital Municipal Dr. Mario Gatti (HMMG).
- ⊕ As estratégias de integração entre UBS e serviços de referência devem incluir: matriciamento (avaliar e implementar as experiências bem sucedidas); construção conjunta de protocolos de acesso às especialidades e aos exames diagnósticos; desenvolvimento do Projeto de Qualificação da Gestão do Cuidado; capacitações específicas em torno de temas demandados pelos profissionais tanto das UBS como dos serviços de referência; videoconferências e “regulação viva” (disponibilizando tempo dos profissionais para discussão de casos via telefone).

- ✦ Os Distritos devem ser os articuladores das redes no seu território e a SMS no município e região, promovendo ações de integração da rede básica com os serviços de Pronto Atendimento/Socorro e serviços especializados. A constituição da rede deve ocorrer com base nas linhas de cuidado consideradas prioritárias, nos princípios da humanização e da solidariedade entre os níveis do sistema e na garantia dos direitos dos usuários. (Exemplo do lema “O usuário é nosso” do Distrito Noroeste e projeto com diabéticos do Distrito Sudoeste).
- ✦ Os Distritos devem ser também os articuladores das ações intersetoriais no seu território e a SMS nas áreas governamentais da PMC, visando o desenvolvimento de projetos coletivos e individuais das principais linhas de cuidado. O debate intersetorial deve priorizar inicialmente a relação com os órgãos públicos da educação e assistência social, setores em que as Unidades Básicas enfrentam as maiores dificuldades.

### **Relativas à Saúde Mental**

- ✦ A discussão sobre a linha de cuidado na saúde mental, a partir da Atenção Básica, deve ser realizada na Câmara Técnica de Saúde Mental com a participação de representantes da coordenação da Atenção Básica e de um trabalhador de Unidade Básica por Distrito.
- ✦ A Atenção Básica deve ser a porta de entrada estruturante da rede de cuidado em saúde mental. Para isso é fundamental redimensionar o número de equipes de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde de acordo com dados demográficos e epidemiológicos.
- ✦ A rede básica de saúde deve garantir a atenção integral aos pacientes da área de saúde mental, incluindo acompanhamento clínico e exames necessários.
- ✦ A SMS e a Câmara Técnica devem definir fluxos para encaminhamento dos pacientes da Saúde Mental para urgência/emergência, inclusive quando não há psiquiatra na Unidade.
- ✦ A SMS deve incluir no seu planejamento a criação de 3 CAPS AD no município, sendo um por Distrito, conforme proposta da 7ª Conferência Municipal de Saúde.
- ✦ A ação prioritária dos profissionais da mental das Unidades Básicas de Saúde deve ser junto às equipes de referência.
- ✦ A SMS e a Câmara Técnica devem promover discussões com o objetivo de definir:
  - Papel das equipes de referência em relação à Saúde Mental;
  - Papel dos profissionais da área de Saúde Mental nas UBS;
  - Critérios de avaliação do risco/vulnerabilidade e prevalência do sofrimento mental nos territórios, com o objetivo de priorizar alocação de profissionais da área de saúde mental.

### **Relativas à Saúde Bucal**

- ✦ Ampliar as áreas de especialidade em saúde bucal constituindo um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) em cada Distrito e um serviço de urgência odontológica. O ingresso de profissionais nos novos serviços de referência de saúde bucal deve ocorrer através de processo seletivo e remanejamento interno, com a reposição de profissionais nos serviços de origem.
- ✦ A SMS, os Distritos e os gestores locais devem planejar com as equipes de saúde bucal a retomada das ações educativas de prevenção, desenvolvendo estratégias para estender para 100% das escolas as ações coletivas de educação e prevenção.
- ✦ Incentivar a participação dos usuários nos grupos educativos antes de iniciar o tratamento programático, bem como a participação das equipes de saúde bucal nos grupos educativos em andamento nas Unidades Básicas.

### **Relativas à Equipe Multiprofissional e Linhas de Cuidado**

- ✦ A SMS deve priorizar gestões junto ao Ministério da Saúde para viabilizar a constituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos quais as equipes devem ser constituídas pelos profissionais com maior potencial para qualificar as linhas de cuidado prioritárias, como assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas.
- ✦ Os responsáveis pela Assistência Farmacêutica e pela Informação e Informática devem rever aspectos do programa de Dispensação Informatizada de Medicamentos (DIM) que não permitem prescrição de medicamentos por dentistas e por enfermeiros em situações em que isso já é regulamentado pelos protocolos e pelos conselhos profissionais.

### **Relativas à Vigilância em Saúde**

- ✦ Sem abrir mão de ter toda a equipe das Unidades envolvidas com as ações de vigilância em saúde e trabalhando com o conhecimento epidemiológico incorporado à prática clínica, todas as unidades devem definir um enfermeiro como responsável técnico pela vigilância, que junto com pelo menos um auxiliar de enfermagem (da vacina) e os agentes de saúde, devem constituir uma equipe permanentemente responsável pelas ações de Vigilância.
- ✦ As áreas de Informação, a COVISA e os Distritos devem construir, junto com as Unidades, um instrumento simples e viável, com os aspectos fundamentais para que as Unidades realizem seu diagnóstico de saúde de forma homogênea em toda a rede.
- ✦ A área de informação da SMS deve desenvolver relatórios, a partir dos bancos de dados disponíveis, que forneçam às Unidades as informações mais relevantes para o diagnóstico de saúde e o planejamento. As informações nos relatórios e no TABNET devem estar desagregadas por equipe de referência. Os sistemas de informação precisam ser reformulados para que atendam as UBS.
- ✦ As Unidades devem definir pessoas responsáveis para trabalhar com a informação dos diversos sistemas implantados.

### **Pontos Polêmicos:**

(ou que não foram abordados por falta de tempo na Oficina Municipal)

- ✗ A SMS deve organizar mutirões para as especialidades e exames em áreas específicas em que essa estratégia pode ter grande impacto?
- ✗ A SMS, através da COVISA, das VISAS e dos Distritos com representação das Unidades, devem promover uma discussão sobre as experiências de NSC, avaliar seu desempenho e reestruturar a proposta para sua constituição efetiva?

#### **OU**

- ✗ A COVISA, VISA e Apoios devem desenvolver estratégias para apoiar as Unidades a constituírem os NSC e acompanhá-los na perspectiva da educação permanente de seus membros?
- ✗ Qual o papel das Câmaras Técnicas? Os profissionais das Unidades devem estar representados nas Câmaras Técnicas?
- ✗ Qual o tempo médio de uma consulta médica, consulta de enfermagem e atendimento odontológico? Quais parâmetros um gestor deve usar? Que flexibilidade é necessária? O tempo médio de consulta médica de 20 minutos deve ser usado como referência para organização geral das agendas? (com autonomia dos coordenadores para em conjunto com os profissionais, pactuarem a flexibilização diante de questões como primeira consulta, profissional novo na Unidade, características particulares da população adscrita ao profissional, etc). Nessa pactuação como considerar a situação da Unidade e as necessidades mais prementes da população?
- ✗ Qual o tempo de atendimento individual que deve ser usado como referência para os dentistas? E para o atendimento agendado para os enfermeiros?
- ✗ É possível nas nossas unidades priorizar idosos, mães com crianças no colo, portadores de necessidades especiais, pessoas em sofrimento mental agudo e gestantes?
- ✗ A SMS deve elaborar, em conjunto com Distritos e Unidades, contrato de metas em relação às linhas de cuidado prioritárias?
- ✗ Que atribuições devem ter os NASF na rede municipal de saúde de Campinas?
- ✗ A SMS deve realizar uma “Oficina do Trabalho em Rede” para discutir com Atenção Básica e outros níveis do SUS a integração de suas ações?
- ✗ A SMS deve definir uma coordenação para a Assistência de Enfermagem no município de Campinas, no âmbito da gestão, assistência e educação?

### **Demandas:**

(para a SMS relativas à gestão)

- ✓ A SMS deve garantir a representação multiprofissional junto ao Departamento de Saúde na gestão das grandes áreas (Atenção Básica, Urgência/Emergência, Atenção Especializada).
- ✓ A SMS deve garantir a interlocução com a Comissão de Ética em Enfermagem.



### **EIXO 3: Trabalho em Equipe, Relação de Equipe e Gestão do Trabalho**

#### **Dilemas:**

*Como enfrentar a Lei de Responsabilidade Fiscal, a luta por Concurso Público, a busca de estabilidade e ao mesmo tempo enfrentar a falta de compromisso e a inadequação grave do desempenho do trabalhador?*

*Como criar relações de equipe que sejam produtivas para o trabalho em saúde e que tragam mais satisfação para os trabalhadores?*

*Qual o limite de autonomia que as equipes locais devem ter? É possível estabelecer limites ao auto-governo dos trabalhadores?*

**OBS:** Neste eixo incluímos todas as questões relativas à equipe de referência e suas reuniões. As questões relativas às reuniões gerais de equipe e colegiado gestor estão apontadas no Eixo Temático 4 - Participação dos Trabalhadores e Usuários na Gestão da Unidade Básica de Saúde.

#### **Problemas:**

##### **Gestão do Trabalho e Diretrizes Políticas**

- A política implantada pela SMS e principalmente por outros setores da Prefeitura que são determinantes na gestão de recursos humanos, é imediatista, sem planejamento de longo prazo e não transmite segurança e respeito aos trabalhadores.
- A SMS não tem uma política de manutenção do que já existe permitindo com sua política de recursos humanos retrocessos graves como a diminuição de ACS e agora levando ao risco de retroceder em vários programas em andamento.
- As contratações através de terceiros e com regimes jurídicos diferentes geram dificuldades na gestão cotidiana do pessoal da rede.
- A situação da rede em relação aos contratos que irão vencer no início do ano de 2010 é de absoluta insegurança quanto à continuidade de projetos de grande valor para a saúde do município.
- A falta de concursos públicos para as várias categorias profissionais aumenta a rotatividade e compromete a qualidade do cuidado prestado à população.
- A rotatividade de médicos é um grande empecilho à consolidação de programas de saúde prioritários e compromete a qualidade do cuidado em saúde.

##### **Trabalho em Equipe e Indefinições da Gestão**

- A SMS até hoje não definiu com clareza o que vem a ser “a incorporação da Estratégia da Saúde da Família adaptada às condições da rede de saúde de Campinas”. (Essa questão foi abordada no Eixo Temático 2 - Linhas de Cuidado).

- Há pouca clareza nas diretrizes da SMS quanto ao trabalho a partir de Equipes de Referência e adscrição de clientela. (Essa questão foi abordada no Eixo Temático 1 - Acolhimento, Adscrição.).
- A SMS não tem um projeto claro de metas para a ampliação das equipes e nem para compatibilização do número de equipes com a população adscrita. (Questão também abordada no Eixo Temático 1 - Acolhimento, Adscrição).
- Não há definição clara do papel dos médicos clínicos, generalistas, especialistas em saúde da família, pediatras e gineco-obstetras nas equipes.

### **Relações da Equipe no Serviço e Reunião de Equipe**

- A constituição de equipes de referência também gera fragmentação, disputas, e por si só, não é capaz de fazer avançar o trabalho multiprofissional integrado.
- As reuniões das equipes de referência, embora sejam fundamentais para qualificar o trabalho e criar coesão em torno de projetos prioritários, são muitas vezes mal aproveitadas, mal dirigidas e pouco produtivas.
- A atitude dos trabalhadores das equipes é muito heterogênea em termos de compromisso com os usuários e adesão ao SUS o que gera conflitos e atrasa os projetos.
- A sensação de que uns trabalham enquanto outros “encostam” gera conflitos e estresse nas equipes e os gestores se mostram muito impotentes diante disso.
- Há falta de integração em especial das equipes de saúde bucal e mental com os outros profissionais da Unidade.
- Apesar da existência do documento sobre a qualidade do prontuário, elaborado a partir das discussões do Programa de Educação Permanente e seu papel como elemento de integração do trabalho em equipe, ele ainda não é usado no seu potencial e a qualidade de algumas anotações é muito ruim.

### **Educação dos Trabalhadores**

- A SMS/CETS não tem projetos articulados de educação de seus trabalhadores e elaborados a partir de diagnóstico abrangente de necessidades. Cada área técnica e os Distritos fazem suas capacitações de maneira desarticulada com os processos de gestão o que dificulta a participação das equipes das Unidades e/ou diminui a potência das ações educativas..
- O trabalho nas UBS de Campinas é muito complexo e exigente, por isso é necessário realizar um processo de acolhimento e adaptação muito bem qualificado dos novos trabalhadores, envolvendo os vários espaços da gestão.

### **Motivação**

- Temos muitos profissionais adoecidos em função de estresse provocado pelo trabalho.
- Há grande número de trabalhadores desmotivados e de certa forma “esquecidos” pela instituição.

## **Propostas:**

### **Relativas à Política de Gestão do Trabalho**

- ✦ Propor à administração municipal que defina como prioridade maior da política de recursos humanos desencadear concursos públicos para as principais categorias profissionais, de forma a viabilizar uma rede básica de saúde coerente com os princípios do SUS e que mantenha a tradição do município de Campinas de ser vanguarda na saúde pública do país.
- ✦ Em função da prioridade de qualificar a rede básica, a estratégia prioritária da SMS deve ser rever aspectos do planejamento que implicam em destinação de recursos que podem ser desviados da Atenção Básica. A partir do dimensionamento do pessoal necessário para atender as necessidades da rede básica estabelecer metas de contratação ano a ano. (Consultar proposta semelhante relativa à Adscrição, no Eixo Temático 1 - Acolhimento).
- ✦ Viabilizar a imediata contratação dos trabalhadores cujo contrato temporário vence no início de 2010, através da forma legal que for possível, para evitar retrocessos nas ações essenciais que vêm sendo executadas por eles.
- ✦ Repor o quadro de ACS, cujo número diminuiu nos últimos anos, e desenvolver projeto para a ampliação do quadro, via concurso público.
- ✦ Realizar dimensionamento de pessoal para as equipes de referência ampliadas considerando: população adscrita; vulnerabilidade (aspectos epidemiológicos e dados demográficos); histórico da produção e horário de funcionamento das Unidades. (Consultar proposta semelhante relativa à Adscrição, no Eixo Temático 1 - Acolhimento).
- ✦ Os médicos que tem especialização ou residência em saúde da família e os generalistas sem residência específica, na prática, têm as mesmas atribuições na rede básica de saúde de Campinas. Na contratação, a SMS deve deixar claro para esses profissionais que eles farão parte de uma equipe ampliada com um atendimento muito maior de adultos, tendo em vista as dificuldades de contratação e a composição das equipes aqui no município. A SMS, através dos gestores de nível central, distrital e local, deve criar condições para que a prática desses profissionais possa ser a mais satisfatória possível para eles próprios, para suas equipes e para os usuários. Além disso, a SMS deve propiciar a troca de experiências entre os profissionais, de forma que as concepções da abordagem familiar, da clínica ampliada e do atendimento no domicílio, possam ser disseminadas para todos os profissionais médicos que não têm essa formação.
- ✦ A SMS deve continuar investindo na especialização de médicos de família para composição gradativa das equipes com esse profissional.
- ✦ Contratar médicos por concurso público para compor as equipes ampliadas segundo os critérios acima e em jornadas de 20, 30 e 36 horas conforme necessidade de cada equipe.

- ✦ Estimular o contrato da jornada completa como a mais adequada ao trabalho na Atenção Básica, objetivando contar com pelo menos um profissional médico com essa jornada por equipe de referência.
- ✦ Investir e priorizar a contratação de dentistas com carga horária semanal de 36 horas para viabilizar cadastro junto ao Ministério da Saúde e ampliar o vínculo com as famílias. Reposição de pessoal das equipes de saúde bucal (CD, TSB, ASB) nas Unidades com insuficiência de recursos humanos. Ampliação das equipes nas unidades com os piores Índices de Condições de Vida (ICV), garantindo a assistência às populações mais vulneráveis.
- ✦ A SMS deve elaborar documento, a partir de discussão ampla, a ser divulgado nos concursos, sobre o papel dos profissionais na Atenção Básica definindo claramente as atribuições de cada um e particularmente deixando claro o papel dos médicos no nosso modelo assistencial. Essa mesma referência deve ser tomada na avaliação dos trabalhadores no estágio probatório.

#### **Relativas à Educação dos Trabalhadores**

- ✦ A SMS/CETS/Distritos devem elaborar um projeto integrado de educação dos trabalhadores objetivando potencializar mais as ações educativas, racionalizar recursos, motivar os trabalhadores e qualificar as ações definidas como prioritárias. Esse projeto deve definir também as responsabilidades dos gestores de cada instância em relação às capacitações. Os projetos de educação dos trabalhadores devem contemplar estratégias de implantação das ações para as quais os profissionais foram capacitados e garantia de repasse de conhecimentos para outros membros da equipe. (Consultar estratégia semelhante no Eixo Temático 2 - Linhas de Cuidado).
- ✦ As capacitações devem sempre privilegiar o trabalho em equipe e voltar-se prioritariamente para as equipes multiprofissionais.
- ✦ Desenvolver ações educativas nas Unidades, que envolvam toda a equipe e que enfoquem também as relações entre os trabalhadores e a política de saúde, objetivando a integração dos trabalhadores e a ampliação de sua visão sobre a política de saúde.
- ✦ Que o CETS priorize para 2010 capacitações das equipes para a elaboração e acompanhamento de Projetos Terapêuticos e sobre metodologia para organização de reuniões de equipe.
- ✦ A programação de eventos educativos para os profissionais da rede deve ocorrer num prazo mínimo de 60 dias, em respeito aos usuários e para dar oportunidade de soluções a serem adotadas com a saída dos profissionais.

- ✦ Promover eventos, como essa Oficina da Atenção Básica, que mantenham viva a discussão da política de saúde e quebrem o isolamento das equipes proporcionando troca de experiências e solidariedade entre as Unidades.

### **Relativas às Reuniões de Equipe de Referência**

- ✦ As Unidades que deixaram de fazer reuniões de equipe de referência devem retomá-las com objetivo principal de organizar o processo de trabalho da sua equipe; avaliar a atuação com grupos de risco; qualificar as ações a partir de discussões técnicas e elaborar projetos de cuidado para famílias e indivíduos com problemas mais complexos. Além dessas reuniões semanais ou quinzenais, as Unidades devem avaliar a necessidade de reuniões por área para elaborar projetos comuns a todas as equipes para grupos de risco como hipertensos e diabéticos; crianças; mulheres; idosos; etc. A Unidade deve discutir a necessidade de que colegas de outra equipe possam dar o atendimento, eventualmente necessário, para usuários vinculados ao profissional que está em reunião. Os usuários necessitam ser informados da finalidade das reuniões e os coordenadores juntamente com as equipes devem estabelecer os critérios de qualificação das mesmas.
- ✦ Os Distritos devem debater com as Unidades as condições para que as reuniões das equipes de referência sejam mais produtivas e mais estimulantes para os trabalhadores como anotação das resoluções; registro de projetos terapêuticos; metodologias que propiciem mais participação; responsabilização pela coordenação da reunião; preparo prévio de material; etc.

### **Relativas ao Enfrentamento dos Problemas de Relação entre os Membros da Equipe e do Estresse no Trabalho**

- ✦ O Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES) junto com os Distritos deve ampliar o projeto “Cuidando do Cuidador” desenvolvendo estratégias de prevenção do estresse no trabalho, de ampliação das ações terapêuticas, de práticas integrativas voltadas para o trabalhador e de reinserção monitorada do trabalhador com afastamento prolongado por problema de saúde.
- ✦ A SMS deve fazer gestões para viabilizar a proposta da 7ª Conferência Municipal de Saúde que define como necessidade a ampliação dos horários de funcionamento dos serviços, permitindo o atendimento de trabalhadores, incluindo os do SUS, oferecendo ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde em horários propícios às pessoas que trabalham.
- ✦ Ampliar as ações de intervenção externa para as equipes com muitos conflitos e sofrimento, através de análise institucional, grupo de cidadania, entre outros.

- ✦ Garantir um processo de acolhimento de todos os novos trabalhadores, aprimorando os projetos já em andamento a partir da avaliação de suas dificuldades atuais.
- ✦ Os gestores locais devem retomar o documento sobre prontuário, elaborado a partir das discussões do Programa de Educação Permanente, desenvolver estratégias de torná-lo efetivamente um instrumento de comunicação e integração da equipe na prestação de cuidado aos usuários.
- ✦ Considerar a necessidade de eventuais reuniões setoriais voltadas aos auxiliares de enfermagem; recepcionistas; médicos; enfermeiros; etc. para atender necessidades específicas e abordar conflitos.
- ✦ Fortalecer o desenvolvimento das ações de saúde realizadas por outros profissionais da equipe que não o médico.
- ✦ Garantir supervisão externa para as equipes de referência, considerando a complexidade dos problemas abordados por elas.

### **Relativa à Integração Ensino Serviço**

- ✦ Considerar a necessidade de fortalecimento da integração ensino serviço norteadas em preceitos constitucionais e na Lei 8080/90 como dispositivo fundamental para promover mudanças na formação dos profissionais de saúde, uma vez que as políticas voltadas para a gestão da educação em saúde como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) visam o fortalecimento da Atenção Básica, tema desta oficina.

### **Pontos Polêmicos:**

(ou que não foram abordados por falta de tempo na Oficina Municipal)

- ✦ A Oficina da Atenção Básica propõe à SMS a criação de uma comissão com a participação de gestores dos 3 níveis, representantes das categorias de trabalhadores com contrato temporário e usuários, para negociação com a administração sobre as possibilidades de contratações emergenciais para este momento.
- ✦ A Oficina propõe ao Secretário de Saúde e ao Prefeito que assumam um compromisso, por escrito, para que possamos divulgá-lo amplamente e tranquilizar os profissionais de saúde de que o concurso público para reposição dos profissionais será realizado e em que data.
- ✦ Se há tanta falta de ACS como pode haver também tanto desvio de função dos agentes e pressão deles para ficarem em trabalho interno nas Unidades?
- ✦ A SMS deve adotar pagamento diferenciado por qualidade do desempenho de seus trabalhadores? Qual a avaliação que se tem dos locais em que essa medida foi adotada?

## **EIXO 4: Participação dos Trabalhadores e Usuários na Gestão das Unidades Básicas**

### **Dilemas:**

**Como motivar os trabalhadores para uma participação interessada na construção do SUS Campinas?**

**Como manter os Conselhos Locais funcionando com atuação verdadeiramente representativa dos usuários e trabalhadores?**

### **Problemas:**

#### **Colegiado Gestor**

- Não há Colegiado Gestor (CG) em muitas Unidades.
- Nem os coordenadores, nem os Distritos, nem os trabalhadores das Unidades Básicas compreendem bem o papel do CG.
- Como o CG não funciona bem há desmotivação dos trabalhadores para participar dele.
- Alguns trabalhadores entendem o CG como instrumento apenas de defesa de seus interesses e não como um espaço de democratização da gestão.
- A forma de constituir os CG é heterogênea e às vezes não legitima o seu potencial de representatividade.
- Os gestores do nível central da SMS não valorizam e não estimulam os CG na atual administração.
- Muitos CG confundem seu papel e acham que seu objetivo é só fazer luta corporativa. A representação por categoria reforça essa idéia.
- Alguns coordenadores escolhem para o CG seus amigos e pessoas de sua confiança.

#### **Reunião Geral de Equipe**

- Alguns coordenadores têm muita dificuldade de dirigir reunião geral de equipe.
- Realizar reunião geral de equipe é uma grande necessidade, pois possibilita criar coesão, informar, resolver conflitos, implantar novas ações e debater política de saúde. No entanto é muito difícil organizar a reunião pela pressão da demanda, falta de espaço adequado e capacitação dos coordenadores para dirigir a reunião. Faltam “ferramentas” para o coordenador organizar as reuniões.
- As pautas das reuniões gerais são feitas pelo coordenador sem participação das equipes de referência.
- A portaria da SMS que regulamenta a reunião geral de equipe trouxe limitações muito grandes para as reuniões fazendo com que alguns coordenadores e suas equipes até desistissem de fazer reuniões.

### **Política da Gestão para a Participação dos Trabalhadores**

- Não têm sido criados espaços legítimos para a participação do conjunto dos trabalhadores na gestão da SMS.
- Quando a política de recursos humanos fica mais deteriorada, como agora, os trabalhadores têm um sentimento de impotência e se desmotivam ainda mais para participar.
- A SMS tem um sério problema de comunicação entre os gestores e as equipes locais que ocasiona inúmeras dificuldades e prejuízos ao trabalho.
- A SMS não tem desenvolvido uma política de participação dos trabalhadores na gestão. Muitos projetos são impostos de cima para baixo e isso faz com que também o trabalhador não se sinta responsável pelo sucesso dos projetos.
- As reuniões que em outras administrações os dirigentes da SMS faziam com representantes de trabalhadores não são feitas nessa administração.
- Nem os dirigentes da SMS, nem os Distritos são próximos dos trabalhadores e das Unidades.
- Algumas categorias são mais ouvidas (médicos e enfermeiros) e outras ficam mais esquecidas (auxiliares e técnicos de enfermagem, recepcionistas e ACS) em relação às estratégias que valorizam os profissionais nas relações de trabalho.
- Há confusão entre os trabalhadores sobre democracia, autoritarismo e limites que são necessários para organização e compromisso com o bom desempenho da unidade, como por exemplo, mudanças nos horários dos médicos ocasionando períodos sem atendimento e/ou invasão de salas do atendimento da enfermagem.

### **Conselhos Locais de Saúde e Relação com os Usuários**

- Muitas equipes desenvolvem medo da participação dos usuários no Conselho por conta de intervenções agressivas e às vezes injustas, por isso não querem participar do Conselho Local de Saúde (CLS).
- Muitos representantes dos usuários só representam a si mesmos e aos seus interesses particulares ou de seus partidos políticos.
- Há muita dificuldade dos trabalhadores se colocarem no lugar dos usuários e entenderem suas necessidades e também há muita dificuldade dos usuários entenderem as dificuldades por que passam os trabalhadores.
- Os trabalhadores têm pouca disposição para participar das reuniões do CLS fora de seu horário de trabalho.
- A maioria dos trabalhadores e usuários tem pouca disposição para participar do CLS.
- A política do governo municipal tem dificultado a mobilização dos trabalhadores, a resolução de suas reivindicações e a participação, criando constrangimento, assédio moral e prejudicando a luta da categoria.
- O sistema 156 não é usado nas diversas instâncias da Secretaria como um instrumento de participação dos usuários e algumas Unidades menosprezam as reclamações não aproveitando para esclarecer problemas e melhorar o diálogo com os usuários.



- Muitos usuários e trabalhadores reclamam de tudo, mas não se envolvem nas propostas para mudança da situação. (Não houve unanimidade em relação a este ponto).
- O Conselho Municipal de Saúde não tem cumprido seu papel de fomentar a mobilização em defesa do SUS, por exemplo, no monitoramento das deliberações das Conferências Municipais de Saúde.

### **Propostas:**

- ✦ É justamente em momentos de crise como este em que vivemos que se torna mais necessário que as lideranças nos serviços (gestores, trabalhadores, usuários) se envolvam e tenham iniciativas para superar as dificuldades.
- ✦ A SMS deve definir diretriz de constituição do CG em todos os serviços como estratégia de garantia da democratização da gestão, respeitando a singularidade de cada serviço e definindo que sua constituição deve garantir a representatividade de todos os trabalhadores, considerando a organização do processo de trabalho da Unidade. Os representantes no CG devem ser eleitos por seus representados sem interferência dos coordenadores.
- ✦ Desenvolver estratégias de capacitação dos membros dos Colegiados Gestores (não ficou explícito quem irá fazer).
- ✦ Os CG devem realizar reuniões quinzenais ou mensais, com cronograma anual, horário fixo e local determinado para facilitar a participação.
- ✦ As reuniões do CG devem ter ata que deve ser divulgada para a equipe sistematicamente em quadro mural, salvo conteúdos que venham a comprometer sigilos de trabalhadores e de usuários.
- ✦ Os dirigentes do nível central da SMS devem recriar o Fórum Municipal dos Trabalhadores, com realização de reuniões periódicas.
- ✦ Criar um colegiado distrital ampliado com representação dos colegiados das Unidades.
- ✦ Sugere-se a criação de agenda periódica do Secretário de Saúde e Coordenador de Atenção Básica com colegiado distrital ampliado de gestão, a ser constituído.
- ✦ Propor ao Conselho Municipal de Saúde que seja criada uma comissão permanente tripartite para monitoramento da efetivação das propostas das Conferências Municipais de Saúde, priorizando as deliberações da 7ª Conferência.
- ✦ Propor ao Conselho Municipal de Saúde que efetive uma agenda de mobilização em defesa do SUS.
- ✦ Realizar Mostras de Experiências (Oficinas e outros meios) para compartilhar os trabalhos desenvolvidos nos serviços.
- ✦ Estimular a participação dos gestores, trabalhadores e usuários no CLS mantendo cursos periódicos para qualificação dos conselheiros.

- ⊕ A SMS deve constituir um grupo de trabalho com representação dos trabalhadores locais para rever a portaria sobre reunião geral de equipe, garantindo a manutenção do atendimento de urgência, mas sem impedir a reunião, como praticamente ocorre hoje.
- ⊕ As Unidades devem se organizar para o atendimento das urgências durante as reuniões gerais e o apoio distrital deverá ser solicitado, caso necessário.
- ⊕ Instituir uma urna de sugestões, críticas e elogios aos serviços, disponível para usuários e trabalhadores, a ser aberta periodicamente em reuniões tanto do CG como do CLS.
- ⊕ Criar um boletim da SMS para divulgação dos projetos novos, iniciativas das equipes para troca de experiência e debate de idéias sobre a política de saúde. Montar uma comissão editorial democraticamente escolhida e representativa de toda SMS.
- ⊕ Cada coordenador de Unidade deve elaborar no início do ano seu calendário de reuniões gerais de equipe e afixá-lo para conhecimento de todos, bem como encaminhá-lo ao Distrito e ao CLS. Em caso de mudança, a comunicação com essas instâncias é imprescindível.

### **Pontos Polêmicos:**

- × Os representantes no Colegiado Gestor devem ser eleitos por categoria profissional ou por equipe de referência independentemente da categoria profissional? As discussões apontaram para a eleição livre, com garantia de representação para todos os trabalhadores no CG, mas também apontaram para a necessidade de que a proposta de CG leve em conta a singularidade das UBS.
- × A participação do trabalhador nos espaços de controle social deve ser contada como hora trabalhada? As reuniões devem ocorrer no horário de trabalho? As discussões foram polêmicas considerando a proposição já existente de que todos os trabalhadores conselheiros (usuários e trabalhadores de saúde) sejam liberados para participação em Conselhos, como um direito de cidadania. Quem defendeu essa proposta considera que se a luta é essa, por coerência, os trabalhadores de saúde devem ter suas horas de atuação no Conselho consideradas como horas trabalhadas. Mas houve também um forte posicionamento de quem entende que a participação nos Conselhos, tanto de usuários como de trabalhadores de saúde, deve ser um ato voluntário de cidadania militante, portanto deve ser independente do horário de trabalho. Ficou apontada na Oficina a necessidade de que essa polêmica seja levada para debate no CMS.
- × Foi levantada a questão, que vem sendo debatida no Conselho Nacional de Saúde, a respeito do cargo de presidente do Conselho Municipal. Lideranças do SUS nacional trazem a discussão de que esse cargo deveria ser vetado aos gestores. Sobre esse assunto houve manifestações de discordância no plenário sem que houvesse tempo para o debate. Foi consenso que a questão ficasse registrada para debate posterior no CMS.

**Demandas:**

(para o Departamento Administrativo)

- ✓ Viabilizar mobiliário e pequenas reformas em Unidades onde as condições de acolhimento são muito precárias para trabalhadores e usuários.
- ✓ Nas Unidades que forem receber reformas ou ampliações, considerar os princípios de ambiência e ergonomia nos projetos, principalmente no espaço da recepção e salas de Acolhimento.
- ✓ Prover todas as Unidades para fornecimento permanente de água, papel higiênico, sabonete e copos descartáveis aos usuários.
- ✓ Fornecer e assegurar a manutenção de uniformes e crachás, conforme deliberação das últimas Conferências Municipais de Saúde.
- ✓ Fornecer material para arquivo de prontuários em condições adequadas.
- ✓ Ampliar a oferta de carros e gasolina e rever o horário de trabalho dos motoristas.
- ✓ Garantir a manutenção dos computadores e impressoras, bem como o fornecimento permanente de material de consumo.

**Realização:**

Secretaria Municipal de Saúde



**Prefeitura  
Municipal de  
Campinas**