



**SEMINÁRIO TRABALHO MÉDICO NO SUS – CAMPINAS:
DESAFIOS PARA A FIXAÇÃO**
Outubro de 2008

RELATÓRIO DO DEBATE NOS GRUPOS

O presente relatório tem como objetivo trazer **todos** os pontos abordados nas discussões dos nove grupos, ordenando os temas para maior facilidade de entendimento, e sem excluir propostas apresentadas pelos participantes, mesmo quando representam uma posição isolada. O conteúdo trabalhado é o que chegou à Comissão de Redação através dos relatórios dos grupos. O relatório tem como objetivo divulgar na nossa rede o debate ocorrido. Ele será encaminhando aos representantes das instituições que estiveram presentes no seminário, aos órgãos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde e a todos os serviços. Estará também disponível no site da Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, o relatório será a base das discussões do segundo encontro que será realizado no dia 16 de dezembro e que terá como objetivo a finalização das propostas (em breve os serviços receberão convite sobre local e horário do encontro).

É importante ainda deixar claro, que o debate aberto sobre o trabalho médico, tem como objetivo subsidiar as ações de gestão da Secretaria Municipal de Saúde em todos os níveis, a partir da participação de todos os atores envolvidos. O espaço criado pelos encontros não tem o caráter das Conferências Municipais ou mesmo das reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde. Estes sim, espaços deliberativos com representação tripartite e paritária, estabelecida em Lei Municipal.

A seguir apresentamos as explicações e os elementos do diagnóstico debatidos pelos participantes do seminário agrupados nos temas:

- Gestão Central e Modelo Assistencial
- Ingresso do Médico na rede
- Relação com o gestor do serviço
- Relação com a equipe
- Processo de trabalho
- Categoria médica e Formação
- Relações com os usuários

I - DIAGNÓSTICO

GESTÃO CENTRAL E MODELO ASSISTENCIAL

- 1) O salário do médico não é competitivo em relação a alguns municípios da região, levando-se em conta o custo de vida em Campinas e a complexidade do trabalho na rede local.
- 2) A jornada de 36 horas, como **única** opção, afasta muitos médicos que desejam permanecer na rede, mas também ter outro tipo de inserção profissional. Muitos coordenadores afirmam que a qualidade do trabalho em equipe, o envolvimento dos médicos com os usuários, o desenvolvimento de ações no território, o desenvolvimento de ações educativas e intersectoriais pelos médicos não depende só da jornada que eles fazem. Muitos médicos em jornada de 20 horas se fixam mais na rede, vinculam-se mais aos usuários e desenvolvem uma atenção mais qualificada que outros que fazem jornada de 36 horas.
- 3) Faltam diretrizes claras da Secretaria de Saúde sobre o modelo assistencial e o processo de trabalho nas unidades. Nesse aspecto, um dos pontos mais relevantes, que tem gerado conflitos e muitas vezes, acaba contribuindo para rotatividade, é a falta de clareza sobre a implantação da Estratégia da Saúde da Família combinada com as funções complexas que a unidade básica assume em Campinas. Não há definições claras do que se espera dos médicos de saúde da família nem dos outros médicos da equipe, do papel de cada um deles na atenção da população adscrita.
- 4) Não há o reconhecimento, através de ações concretas, de que o médico da rede básica é o que realmente pode impactar as condições de saúde da população. O médico ganha mais dando alguns plantões do que permanecendo na rede cinco dias na semana, manhã e tarde, em jornada de 36 horas.

- 5) A Secretaria não parece adotar a concepção de que a consulta médica na atenção básica necessita de um tempo muito diferente da consulta de pronto-atendimento. Nela se estabelece uma relação de vínculo, e se pretende uma atenção integral. A produtividade na rede básica tem que ser vista a partir de outros parâmetros.
- 6) Há formas de organizar o sistema de saúde que só aumentam o “consumismo” de ações de saúde sem impactar de fato os indicadores e melhorar a vida da população. A grande oferta de atendimento em PS que Campinas vem fazendo precisa ser estudada com cuidado. Podemos estar só aumentando o “consumismo” de ações, sem causar impacto de fato na saúde da população. Quanto mais PS se abre maior é a demanda gerada neles e nas unidades básicas. Se prevalecer essa forma só irá aumentar a quantidade de ações de saúde caras e inócuas.
- 7) Há grande incompatibilidade entre a população a ser atendida e o tamanho de algumas equipes. O excesso de demanda degrada a qualidade do trabalho médico e contribui em muito para a rotatividade.
- 8) Não há uma política de atualização técnica dos médicos que atenda as reais exigências do trabalho e leve em conta as inadequações da formação em relação às exigências da rede, incluindo a área de Urgência/Emergência. As ações educativas são aleatórias, a partir de temas pontuais, não seguem uma linha de ação com objetivos definidos e a participação dos profissionais é desigual (alguns são liberados, outros têm que “pagar as horas”, os dos PS nunca são liberados). Não há uma estratégia de repasse para a equipe do conhecimento adquirido nas capacitações e quase sempre apenas um ou alguns profissionais são liberados para a capacitação pressupondo que o repasse fosse acontecer. O agendamento das capacitações não é feito de forma racional. Há muitos eventos concentrados em determinados períodos e alguns são agendados em cima da hora.
- 9) A estrutura física de algumas unidades básicas de saúde não oferece condições mínimas para o atendimento de boa qualidade, (há médicos que estão sem sala para atender – não se entende como foram contratados nessas condições).
- 10) Há falta de segurança nas unidades, de local para estacionar o carro em algumas, de local para refeições para quem passa o dia inteiro, os consultórios são muitas vezes mal arranjados e até sujos.
- 11) A realização de concursos públicos tem que ser freqüente. As contratações temporárias ou através de terceiros contribuem para a rotatividade.

INGRESSO DO MÉDICO NA REDE

- 1) Quando os médicos ingressam na rede não têm um período para conhecer a equipe, o território, os processos de trabalho, os serviços de referência e fazer o planejamento de seu trabalho. São logo sobrecarregados com um monte de atendimentos e acabam aprendendo de maneira muito sofrida e estressante. Apesar disso são cobrados porque encaminham mal, não seguem protocolos e atuam sem atender as expectativas dos gestores. Poucos profissionais relataram terem sido recebidos com um processo adequado, acolhedor, que permitisse sua inserção qualificada nas equipes e uma relação mais tranqüila com os usuários. Para esses a forma de ingresso fez toda a diferença no desejo de permanecer na equipe.
- 2) Os médicos não são protagonistas no planejamento do seu próprio trabalho. Os médicos da Saúde de Família, em particular, que recebem formação muito voltada para esse tipo de atuação, ressentem-se dessa forma de ingresso.
- 3) Não há diretrizes conhecidas da Secretaria Municipal para a inserção dos Médicos de Saúde da Família, Generalistas e Clínicos. Quando os gestores locais têm clareza das propostas o ingresso é mais qualificado, mas há muitos gestores novos que não conseguem dar respostas aos questionamentos dos médicos que estão ingressando deixando-os completamente perdidos e confusos em relação às suas funções na equipe.

RELAÇÃO COM O GESTOR LOCAL

- 1) Os gestores não criam as condições para o protagonismo dos médicos na organização de seu próprio trabalho. Adotam uma postura impositiva, anunciando as regras sem dar possibilidades a uma negociação que leve em conta as características individuais do médico e muitas vezes acabam reduzindo o potencial daquele profissional e contribuindo para que ele se torne um trabalhador enquadrado e frustrado.
- 2) Os médicos muitas vezes não são considerados membros da equipe, mas apenas “tocadores” de consultas. Muitas vezes a expectativa dos coordenadores e da equipe é centrada apenas no volume de atendimentos.
- 3) Alguns coordenadores de serviços são pouco disponíveis e pouco flexíveis para discutir os problemas dos médicos. Quando os Coordenadores são mais seguros, implementam uma forma de gestão mais participativa e organizam o trabalho com definições claras de responsabilidades entre a equipe, a convivência torna-se mais atraente e a relação com o coordenador e com a equipe passa a ser um forte motivo para a fixação dos médicos na unidade.

- 4) Alguns Coordenadores de serviço não têm formação adequada para exercer a função. O Programa de Educação Permanente de Gestores enfrenta parte dos problemas de gestão, mas não tudo. Quando o gestor local não tem clareza das diretrizes para operar os serviços não consegue se legitimar, tudo parece muito confuso e sem respostas, isso se reflete no trabalho médico e contribui para a rotatividade.
- 5) Deve ser papel do gestor local, conhecer a demanda e fazer o equilíbrio entre pronto-atendimento com as outras atividades essenciais. O gestor não pode permitir a degradação da clínica e das condições de trabalho dos médicos.
- 6) É papel do gestor local, desenvolver na equipe a valorização das atividades que diversificam a atuação dos médicos, como grupos, ações no território, planejamento de ações com a equipe. É importante mostrar a eficácia dessas ações e seu potencial de produzir mais saúde. A concepção de que o médico deve só “tocar” consultas individuais ainda é muito arraigada nas equipes e pouco trabalhada pelos coordenadores.
- 7) Alguns coordenadores têm muita dificuldade de organizar o processo de trabalho e de definir responsabilidades (fluxo dos resultados dos exames, abastecimento dos consultórios com impressos e material de consumo, aparelhos, etc). Não se sabe a quem compete determinadas tarefas. A desorganização do trabalho, para quem está invariavelmente preso a uma agenda e tem que sair do consultório várias vezes para resolver pequenos problemas, é muito estressante.

RELAÇÃO COM A EQUIPE

- 1) A boa relação com a equipe é fator de fixação dos médicos nas unidades. Porém em muitos serviços os conflitos são muito desgastantes e fazem os médicos (e outros profissionais também) quererem ir embora.
- 2) Em muitos serviços a enfermagem não tem agenda, não se dispõe a dividir responsabilidades com os médicos no cuidado de grupos em que isso seria muito importante (hipertensos e diabéticos controlados; acompanhamento de crianças; pré-natal de baixo risco; etc.)
- 3) Há uma grande pressão para que seja priorizado o usuário que vem do acolhimento em detrimento de um atendimento agendado ou de um pedido de retorno e nem sempre há concordância do médico com a prioridade estabelecida pela enfermagem. Isso é causa de muitos conflitos desgastantes.
- 4) Em relação ao número de atendimentos são várias as situações conflitivas:
 - Alguns médicos são muito inflexíveis quanto ao número de atendimentos que fazem. Não reconhecem a dificuldade da recepção ou do acolhimento diante de uma urgência inesperada.
 - Podemos dizer, entretanto, que a grande maioria dos médicos, não questiona o atendimento quando se trata de uma urgência de fato, mas se irritam quando discordam da triagem feita pela enfermagem.
 - Outros se sentem de fato exauridos e não conseguem atender todas as solicitações da enfermagem, mesmo reconhecendo a necessidade do usuário.
 - A discordância entre o médico e equipe de enfermagem quanto ao que é ou não “urgência” é uma das causas mais freqüentes de conflitos na equipe.
- 5) Às vezes há dificuldade da enfermagem em entender a natureza do trabalho do médico. Há muitos pedidos para dar “só uma olhadinha” no usuário. É preciso que a equipe entenda a responsabilidade que o profissional assume quando atende um usuário sem as condições adequadas ou quando assina uma receita sem ver o usuário a pedido da enfermagem. Isso é muito freqüente nos casos de Saúde Mental. Alguns profissionais sentem-se pressionados a fazer isso sem segurança de que estão fazendo o correto para o usuário. Se não fazem são considerados médicos não cooperativos com a enfermagem.
- 6) Há casos em que durante o atendimento de um usuário o médico é interrompido 4 a 5 vezes para resolver um atestado ou uma receita. Isso deve ser feito em situações de urgência, mas a repetição exagerada desse procedimento acaba sendo muito irritante e gera conflitos.
- 7) Outro motivo de conflitos ocorre quando a enfermagem solicita exames que não estão no protocolo e trazem os resultados para a avaliação dos médicos que discordam desse procedimento e não encontram justificativa para que o exame tenha sido pedido.
- 8) **Em alguns locais** a relação dos médicos e da enfermagem é muito conflituosa. Não se constituem “equipes” verdadeiras, onde as pessoas se sintam co-responsáveis e parceiras. Alguns médicos se referem a uma verdadeira “guerra pelo poder” dentro das unidades.
- 9) Para muitas equipes, médico bom é o que atende rápido. Nesses locais a equipe cria conflitos com o médico que dedica maior tempo para abordar de forma mais integral o usuário.

PROCESSO DE TRABALHO NOS SERVIÇOS

- 1) O médico, que sempre trabalha com agenda, está muito preso a ela e não dispõe de tempo para discutir casos, diversificar suas ações e desenvolver projetos conjuntos com sua equipe.
- 2) O perfil da demanda na rede básica em Campinas é muito complexo. É exigido que os médicos resolvam muitos problemas que eles não se sentem em condições de resolver. Os médicos têm muitas vezes necessidade de uma retaguarda técnica, para discutir um caso, e não encontram isso no dia a dia do trabalho na rede, nem com o coordenador nem com o apoio distrital. O apoio matricial das especialidades, incluindo a Saúde Mental, ainda é muito insuficiente e não consegue responder as necessidades do momento, que são as que realmente causam grande ansiedade. As demandas que podem esperar o dia da reunião do apoio matricial para serem discutidas não são as que causam maior ansiedade dos profissionais.
- 3) A forma de organização da atenção básica em Campinas, combinando atendimento agendado e atendimento à demanda espontânea, ao mesmo tempo, mesmo quando reconhecida como uma diretriz correta é geradora de grande ansiedade para o médico. Há também discordância e resistência de alguns médicos sobre esse duplo papel das unidades. Há médicos na rede que consideram que o papel das UBS é apenas fazer promoção e prevenção.
- 4) As retaguardas das especialidades e da urgência não têm a agilidade necessária para dar segurança aos médicos da atenção básica. Os serviços de referência de especialidades e urgência/emergência (com reconhecidas exceções) não são solidários com as unidades básicas. Ainda prevalece na nossa rede uma relação de “poder superior” das especialidades, dos hospitais e do SAMU que vêm a rede básica numa situação de subalternidade.
- 5) Algumas unidades são tão desorganizadas que perdem exames e prontuários com frequência fazendo com que piore muito a qualidade do atendimento e piore as condições de trabalho do médico.
- 6) A relação entre os médicos da rede básica e das especialidades é permeada por conflitos. Os médicos da rede básica reclamam do fato de nunca receberem contra-referência (com raríssimas exceções) e os das especialidades reclamam dos encaminhamentos inadequados e muitas vezes considerados por eles como desnecessários.
- 7) As Reuniões de Equipe e do Colegiado nem sempre são devidamente organizadas constituindo-se num espaço produtivo de construção de projetos coletivos e permitindo a participação dos médicos.
- 8) O excesso de papelada que o médico tem que fazer é fator de perda de muito tempo que poderia ser dedicado ao usuário. Não tem sido dado o devido valor a esse problema, tão irritante no dia a dia do médico, por parte da Secretaria e dos Coordenadores (problemas mais enfatizados: processos para medicação de alto custo, atestados para EMDEC, atestados para o INSS).

CATEGORIA MÉDICA E FORMAÇÃO

- 1) A formação dos médicos não tem sido voltada para as necessidades reais de saúde e há uma resistência deles a incorporar novas práticas.
- 2) Muitos médicos têm vários empregos, têm uma expectativa de ganhos salariais muito elevados, e estão sempre estressados e indispostos para o atendimento na atenção básica.
- 3) Os médicos têm uma formação que dificulta o reconhecimento da importância do trabalho em equipe. Alguns chegam a ser arrogantes na relação com a enfermagem e os outros profissionais.
- 4) Alguns médicos não constroem vínculo com o usuário, não se dispõem a fazer uma escuta dos problemas, tem uma atuação muito restrita tipo “queixa-conduta” e não assumem responsabilidade sobre seus pacientes. Não têm um perfil adequado ao trabalho na rede básica. Os médicos que atuam assim tendem a criar conflitos com a equipe e os usuários.
- 5) Alguns médicos encaram o serviço público na rede como um “bico” que lhes dá segurança financeira, porém não estão dispostos a dedicarem-se a esse serviço. Outros vêm trabalhar já numa situação provisória, enquanto aguardam uma oportunidade de fazer residência. Essas situações explicam em parte o problema da rotatividade.
- 6) O fato dos médicos trabalharem em outros empregos faz com que tenham dificuldade de cumprir a carga horária contratada. A falta de cumprimento de horário trás conflitos com o coordenador e com a equipe.
- 7) Há muita rigidez por parte de **alguns médicos** na delimitação da sua clientela e tipo de atendimento. Ex.: Pediatras que só atendem crianças até 12 anos, GO que exclui do seu atendimento qualquer problema clínico da paciente, Clínicos que se recusam a abordar problemas ginecológicos simples que poderiam ser da sua competência, etc. Essa delimitação exagerada cria conflitos na equipe, burocratiza e fragmenta o cuidado em saúde.

- 8) As Universidades, as famílias, a sociedade como um todo, valorizam em excesso a especialização e depreciam o médico que atua apenas na rede básica. Isso contribui para a rotatividade dos médicos na rede básica.

RELAÇÃO COM OS USUÁRIOS

- 1) Os problemas sociais e das relações humanas tem sido, em grande medida, canalizados para o atendimento médico. Essa é uma distorção que aumenta muito a demanda e “medicaliza” problemas da convivência humana para os quais a sociedade não tem outras soluções/opções. O médico, ainda que tenha formação e disposição para fazer um atendimento integral e exercer a clínica ampliada, fica impotente e frustrado diante de tantas situações insolúveis.
- 2) Os usuários desconhecem as opções do sistema de saúde. Muitos com problemas que necessitariam de um seguimento mais regular preferem freqüentar PS ou ir à unidade básica sempre no “acolhimento”. Não há uma divulgação adequada dos serviços da rede e suas ofertas principais.
- 3) A fala da usuária na mesa do Seminário não foi representativa da maioria dos usuários. A maioria dos usuários não tem com os trabalhadores de saúde a relação que ela expressou dizendo: “Vocês são meus empregados”. Quando há esse tipo de relação, que é rara, mas existe, há muito mais conflitos.
- 4) A cultura da população ainda é muito centrada na consulta médica, no exame e no medicamento como a forma principal de se obter saúde. A sociedade de consumo não contribui para o questionamento desse comportamento e pelo contrário reforça essa crença. São necessárias muitas ações educativas e muito conteúdo educativo em todas as ações de saúde para modificar essa tendência.

II – PROPOSTAS

GESTÃO CENTRAL DA SECRETARIA E MODELO DE ATENÇÃO

- 1) Definir claramente o Modelo Assistencial, a forma como a Estratégia da Saúde da Família se insere na rede de Campinas e se combina com a rede básica já existente, dando cobertura para todo o município, dentro dos princípios do SUS: Universalidade, Eqüidade e Integralidade.
- 2) Definir o papel dos médicos da Atenção Básica nas equipes: Saúde da Família, Generalista, Clínico, Pediatras e GO - (e também dos outros profissionais) e sua relação com a população adscrita.
- 3) Redefinir o número de famílias para equipes considerando a realidade de Campinas. O número de famílias adscritas deve considerar a composição real das equipes incluindo: médicos especialistas em Saúde da Família, clínicos, pediatras e GO e suas jornadas de trabalho. Todos os médicos da rede básica devem trabalhar dentro das diretrizes de: vínculo com o usuário, responsabilização, atenção integral (incorporação de novas ações além da consulta médica individual), ações no território e trabalho em equipe.
- 4) Promover debates e desenvolver estratégias que propiciem a discussão da natureza do trabalho em equipe e também que ajudem a definir com clareza o papel dos diferentes profissionais, buscando enfrentar os conflitos e subsidiando a ação de coordenação das equipes. Investir na capacitação das equipes para incorporação da estratégia da saúde da família de maneira consensual, eficaz e com envolvimento de todos trabalhadores.
- 5) Investir na ambiência dos serviços criando melhores condições de trabalho e mais conforto para os usuários.
- 6) Oferecer opções de jornada de 36, 30 e 20 horas semanais, aos médicos que já estão e nos próximos concursos. Estudar e debater a proposta de ter uma parcela do salário vinculada ao desempenho e ao alcance de metas. Oferecer incentivo salarial ao médico em dedicação exclusiva. Em alguns grupos surgiu também a proposta de rever o plano de cargos e sua coerência com o que se espera do médico na rede de saúde. Houve proposta, não consensual, de rever a complementação salarial através do ICV (índice de condições de vida).
- 7) Permitir maior mobilidade dos médicos na rede, considerando a adequação do perfil ao serviço pretendido e não só tempo de serviço.
- 8) Contratar metas com as equipes e os profissionais construindo-as de forma participativa e com amplo debate na rede antes de estabelecer um “Pacto”.
- 9) Elaborar Plano de Ações Educativas, com coordenação do CETS e com linhas mais coerentes e continuidade das ações (contrapondo a forma aleatória e pontual de realizar capacitações).
- 10) Investir na seleção e capacitação de coordenadores, melhorando o perfil da gestão nas unidades. Apoiar particularmente os novos coordenadores sem nenhuma prática.

- 11) Elaborar uma proposta para substituição de médicos nas férias e períodos de afastamento muito prolongado.
- 12) Propiciar espaços de encontro e integração dos médicos de todos os serviços da rede: UBS, PS, Serviços de Referência/Especialidades e Hospitais, objetivando construir relações mais solidárias e uma rede mais efetiva. Vincular especialistas dos serviços de referência a um conjunto de UBS, visando aproximação maior entre os profissionais.
- 13) Ampliar os serviços das especialidades com fila muito longa e ampliar as experiências de apoio matricial dos especialistas aos profissionais da rede básica.
- 14) Fortalecer a política de incentivos para a atualização técnica dos médicos, subsidiando a participação em Congressos, Cursos e Eventos externos.
- 15) Investir na atenção básica com prioridade e de forma compatível com as diretrizes do SUS e reconhecendo que ela deve ser estruturante de todo sistema de saúde. Definir prioridades claras de crescimento e qualificação dessa rede e não permitir o direcionamento de recursos para outros níveis de atenção em detrimento dos investimentos necessários na rede básica.
- 16) Implantar sistema tipo TELESÁUDE que permita debates e atualizações técnicas freqüentes para os médicos da rede.
- 17) Propiciar acesso ágil ao sistema de informação que permita o trabalho cotidiano com indicadores de saúde e a avaliação da qualidade das ações de saúde praticadas.
- 18) Reativar a Comissão de Ética Médica, com ênfase no seu papel educativo.
- 19) Criar estratégias de aproximação da equipe de nível central da SMS dos serviços e dos seus trabalhadores. Hoje o distanciamento existente dificulta a compreensão por parte dos gestores centrais das reais dificuldades que os trabalhadores enfrentam no seu dia a dia.
- 20) Oferecer a todos os profissionais médicos, não só aos de jornada de 36 horas, a oportunidade de fazer a especialização em Saúde da Família.

INGRESSO DO MÉDICO NA REDE

- 1) Continuar, aprimorar e estender a todos os médicos o “Acolhimento” que vem sendo feito pelo CETS e buscar a valorização e o envolvimento dos Distritos e dos Centros de Saúde e Prontos Socorros nesse processo. Estabelecer com os coordenadores que o processo de Acolhimento do médico requer a disponibilização de tempo para reconhecimento do território, conhecimento dos serviços de referência, manuseio dos protocolos e impressos. Deve também fazer parte do processo do Acolhimento um período com agendamento de um número menor de usuários de maneira que o profissional possa se adaptar e conhecer melhor as histórias, os prontuários e as famílias.
- 2) Modificar a forma como se faz a escolha das vagas após os concursos, permitindo que os profissionais conheçam os serviços e escolham aqueles com os quais mais se identificam e evitando a disputa entre os locais que estão oferecendo as vagas.
- 3) Realizar concursos freqüentes, que contemplem seleção de médico com perfis profissionais mais adequados ao trabalho na rede e as necessidades dos serviços e que tendam a acabar com os múltiplos tipos de vínculo existentes na rede. Enquanto tivermos contratados pelo Cândido Ferreira buscar os meios de superar as desigualdades de direitos/benefícios que existem entre eles e os concursados.

RELAÇÃO COM O GESTOR LOCAL

- 1) Investir na formação dos gestores com reflexões e formulação de propostas e diretrizes que permitam sua atuação mais segura em relação: ao modelo assistencial a ser implantado; a gestão do trabalho médico; a gestão dos conflitos na equipe; a democratização da gestão (funcionamento dos Colegiados de forma efetivamente participativa); a valorização da capacidade criativa dos trabalhadores e à compreensão dos fluxos com outras áreas e serviços.
- 2) Criar mecanismos de avaliação dos coordenadores que propiciem seu aprimoramento e adequação das ações de coordenação às diretrizes da secretaria.

PROCESSO DE TRABALHO NOS SERVIÇOS E A RELAÇÃO DE EQUIPE

- 1) Reconhecer a complexidade do trabalho nas UBS em decorrência do triplo papel historicamente atribuído a elas em Campinas:
 - a. Desenvolver ações de saúde integrais, contínuas ao longo da vida dos usuários, enfocando as relações familiares, de trabalho, do território, buscando o vínculo equipe-usuário/família, a responsabilização, a construção de projetos terapêuticos com priorização de ações para os grupos mais vulneráveis;
 - b. realizar pronto-atendimento aos casos agudos e às intercorrências;
 - c. Desenvolver ações coletivas de Vigilância em Saúde.

O reconhecimento dessa complexidade requer alocação de recursos, apoio técnico compatível e ainda discussão de diretrizes operacionais, construídas a partir de ampla discussão, visando à superação de conflitos.

- 2) Diante das dificuldades em combinar essas funções, o que é insistentemente citado nos grupos como motivo de conflitos e estresse das equipes surgem várias propostas, algumas conflitantes e outras com poucas adesões. Optamos por fazer constar desse relatório todas elas e apontar principalmente a necessidade de reconhecer a importância do problema para as equipes e a necessidade de continuar debatendo as possíveis soluções:

- Destinar um horário na agenda de cada médico para o pronto-atendimento, e agendar esses casos de preferência (mas não exclusivamente) com o médico de referência do usuário.
- Manter acolhimento em todo o período de funcionamento da unidade, com boa avaliação dos riscos e do sofrimento agudo e adequada abordagem da enfermagem. Nesse processo de acolhimento buscar cada vez mais o trabalho em equipe evitando que toda queixa vire necessidade de consulta médica
- Buscar um equilíbrio entre o tempo destinado ao pronto-atendimento e aos atendimentos agendados e outras atividades.
- Reconhecer o atendimento à demanda espontânea como papel das UBS mas, contar sempre com a possibilidade de ter que encaminhar casos aos PS (mesmo os de baixa complexidade) e esclarecer a população sobre essa possibilidade, tendo em vista as outras funções da UBS.
- Há uma proposta de que seja garantido aos médicos com 36 horas de jornada, pelo menos 12 horas semanais de atividades no território, nos domicílios e no planejamento de ações e elaboração de projetos, evitando que ele seja consumido com o pronto-atendimento.
- Estabelecer que em cada período de funcionamento da unidade um profissional médico fique sem agenda, à disposição do atendimento dos casos agudos.
- Investir na capacitação da equipe de enfermagem que faz o acolhimento, ampliando a resolutividade e a qualidade dos encaminhamentos.
- Contratar médicos com a função específica de fazer atendimento aos casos agudos.
- Estabelecer horários para acolhimento com espaços nas agendas para atendimentos dos casos que necessitem de atendimento no mesmo dia.
- Desresponsabilizar a unidade básica da função de atender casos agudos e transferir essa responsabilidade inteiramente para os prontos-socorros.

- 2) Investir na capacitação da equipe de enfermagem de forma que possa ampliar: o atendimento individual, realizar acolhimento mais resolutivo com encaminhamentos mais adequados e desenvolver mais ações coletivas e educativas.
- 3) Ampliar os espaços do debate das relações de trabalho; propiciar encontros que visem “Cuidar do Cuidador” e a humanização das relações no trabalho.
- 4) Criar espaços mais ágeis para discussão entre médicos de casos de difícil caracterização da necessidade de urgência no atendimento especializado e no pronto-socorro. Dessa forma, melhorar as relações entre os diferentes níveis serviços da rede.
- 5) Estimular o funcionamento adequado dos Colegiados Gestores como espaço de participação e de co-gestão; estimular as reuniões das equipes de referência como espaços de elaboração do planejamento do trabalho e de discussão de casos e estimular também as reuniões gerais de toda a equipe como espaços de discutir as diretrizes gerais da saúde, de criar coesão na ação e integrar o trabalho das equipes.
- 6) Desenvolver ações gerenciais para que seja exigida do médico especialista a “contra-referência” obrigatória, assim como é exigida do médico da rede básica a “referência” para acesso às especialidades.
- 7) Aproximar, promover uma presença muito maior dos apoiadores médicos dos distritos nas unidades básicas. Realizar reuniões periódicas desses apoiadores com os médicos e coordenador das unidades, promovendo uma escuta dos problemas vivenciados pelos médicos e facilitando suas soluções (não deixar que os problemas cheguem ao ponto de se tornarem insuportáveis e gerem os pedidos de demissão).
- 8) Construir a agenda médica a partir da discussão de toda a equipe, com espaço para o protagonismo do médico e considerando necessidades individuais do profissional e o perfil da demanda.

CATEGORIA MÉDICA E FORMAÇÃO

- 1) Criar espaços de debate com as universidades para expor as contradições que existem entre a formação que vem sendo dada aos profissionais e a necessidade dos serviços e elaborar propostas que tenham como objetivo influenciar essa formação.
- 2) Valorizar cada vez mais a rede de saúde do SUS como campo de estágio, investindo na qualificação da relação rede municipal/universidades.
- 3) Criar espaços de aproximação dos serviços com as universidades para discussões de temas da clínica e atualização continuada dos médicos.
- 4) Manter espaços de discussão coletiva que incluam o debate do trabalho em equipe e a participação do médico.
- 5) Reconhecer que a desigualdade social, a distância de classes vigente em nosso país, o autoritarismo da nossa sociedade, traz muitas vezes dificuldades na relação médico/usuário do SUS. Trazer esse debate para a categoria visando a maior compreensão dos problemas dos usuários.

RELAÇÃO COM O USUÁRIO

- 1) Criar espaços de debate com o Conselho Municipal, Distrital, Local e grupos de usuários para discussão do modelo assistencial e do papel da rede básica.
- 2) Criar instrumentos de divulgação e valorização dos serviços do SUS – cartilha, estratégias de mídia que valorizem aspectos positivos da nossa rede, a qualidade do trabalho de nossos profissionais e a forma de usar os serviços que podem potencializar os resultados para o usuário.

COMISSÃO DE REDAÇÃO:

Elizabeth Pereira Lelo Nascimento - DEGATES –Departamento de Gestão e Apoio ao Trabalho e Educação na Saúde
Maria Haydée de J. Lima – Centro de Educação do Trabalhador de Saúde - CETS
Vânia Maria Correa Barthmann – Apoiadora do Distrito Norte