

Seminário sobre Trabalho Médico no SUS – Desafios para Fixação

Propostas dos Subgrupos

Plenária

16/10/2008

Subgrupo 1

1. Clarear / definir o modelo assistencial – é necessário generalista em todas as unidades? Com qual atuação? (hoje a atuação é como a do clínico). Contemplar mais o perfil da população, da região.
2. Definir / clarear papel do médico generalista.
3. A mobilidade profissional na Secretaria deve ser além do tempo de serviço. Avaliar perfil e desejos.
4. Investir na ambiência dos serviços de saúde
5. Remuneração vinculada a metas
6. Ampliar espaços de discussão com espaços formadores: serviços se aproximarem mais das universidades.
7. Avaliar o impacto com o incremento de novos profissionais. Ex. ampliou-se o quadro de enfermeiros, houve impacto nos processos de trabalho? Facilitou a organização da unidade?
8. Ingresso deve se dar por concurso publico, mas é necessário contemplar melhor o perfil desejado.
9. Que o sistema de informação não contemple apenas financiamento, facilitando que a equipe trabalhe com indicadores qualitativos.

Subgrupo 2

1. Formação / seleção do perfil profissional
 - Trabalhar junto com as instituições formadoras
 - Clarear a relação entre as universidades e a PMC para formação do profissional de acordo com a necessidade do sistema
 - Oferecer incentivo salarial por dedicação exclusiva do profissional
 - Definir melhor o perfil do profissional para o concurso de acordo com a necessidade real da unidade de saúde
 - Educação permanente para os profissionais
2. Modelo assistencial
 - Fortalecer o trabalho em equipe
 - Educação e Saúde trabalhando juntas – ações intersetoriais
 - Os profissionais serem protagonistas em relação à definição do seu processo de trabalho
 - Garantir minimamente 12 horas semanais de trabalho fora do consultório (ações coletivas no território, com grupos, visitas domiciliares, etc)
 - Definir o modelo assistencial de forma clara tanto para os profissionais como para os usuários do sistema, com necessidade de rever o papel e investir na capacitação da equipe de saúde da família
 - Garantir retaguarda para atender pacientes do pronto-atendimento
 - Criar espaços de discussão e esclarecimento dos usuários em relação ao modelo assistencial
 - Reformular as ações voltadas aos agravos, implementar grupos de convivência

- No ingresso do profissional na rede, garantir que conheça o território onde vai atuar, personificar as referências e a retaguarda
3. Condições de trabalho
 - Garantir recurso destinado à adequação de infra-estrutura das unidades de saúde com qualidade
 4. Gestão
 - Capacitar e estabelecer espaços de troca de experiências entre os coordenadores
 - Fortalecer e trabalhar os colegiados gestores nas unidades
 - Garantir reuniões gerais com horários flexíveis para permitir a participação do maior número de profissionais

Subgrupo 3

1. O medico ter mais Participação na construção das agendas das unidades, algumas experiências na nossa rede, tem mostrado que quando o medico participa na elaboração, se responsabiliza mais e produz mais insatisfação para o profissional e para a equipe
2. Contratar metas para o trabalho de forma participativa, para poder ser instrumento de avaliação dos processos de trabalho. O SIGA também em pode ser negociavel com o coordenador.
3. Precisa desencadear instrumentos de gestão participativa de fato, para poder desenvolver alguns talentos que hoje não conseguem responder o que deseja e necessidade do usuário.
4. Esse processo de avaliação de fato reverter em remuneração diferenciada para os profissionais (devemos trabalhar mais este assunto com os demais profissionais e usuários, e criar meios legais).
5. E preciso desenvolver mecanismos de compreensão do processo de trabalho das equipes para desenvolver a solidariedade entre os membros da equipe.
6. Começar a pensar de forma mais profunda a questão das áreas de abrangências – e preciso diminuir as áreas para que as equipes possam de fato conhecer melhor a realidade das pessoas e vincular-se (ampliar de fato o numero de serviços)
7. Precisamos achar formas de responsabilizar os usuários para também pelo cuidado, pois temos visto na rede até 50% de ausência nas consultas agendadas. Já existem varias experiências de um trabalho de toda a equipe, conversando com o usuário, e questionando o tipo de atendimento que ele quer. Tentando aumentar a conscientização.
8. Continuar com o concurso, pois ele é motivador dos profissionais fixarem, porém construir as formas de avaliação da qualidade do trabalho do profissional.
9. A Flexibilização da gestão tem que acontecer quando há uma aproximação do profissional, ela pode acontecer sem medo dos exageros, quando pactua-se, existe a responsabilidade mutua.
10. Desafios para os gestores, fazer com que os profissionais entendam a área onde estão atuando, compreendendo as necessidades e se sensibilizem e comprometam-se com os usuários.
11. Desafios para a gestão – garantir, estimular e manter os espaços de discussão entre os membros da equipe, ajudar a construção de conhecimentos.
12. Garantir a porta aberta das Unidades, sempre com acolhimento e classificação de risco, sem que se torne um PA
13. O Trabalho preferencialmente tem que ser em equipe e tem que ser em três eixos- usuário, trabalhador e gestor.
14. Promover discussões para promover a mudança de cultura de pedicação de exames e supermedicalização (nos conselhos, nas reuniões de equipe e etc)
15. Acolher o profissional na Unidade para entender a rede, através de discussão de casos, para aprender e entender o perfil epidemiológico da área.
16. Desafios para a gestão, trabalhar mais o papel de cada profissional.
17. Revisão da nossa proporcionalidade de Equipes de Saúde da Família para o numero de população.

18. Precisa investir ainda mais nos espaços físicos de trabalho (reflexo aquilo que a população esta vendo, e o que ela acha que vai receber)
19. Precisaria de um grande investimento na mídia de valorização do SUS, portanto de valorização dos profissionais que estão fazendo a atenção básica, média e alta complexidade.
20. Precisamos desencadear uma valorização e reconhecimento do nosso próprio trabalho, de todos nós trabalhadores do SUS.
21. Manter o acolhimento dos novos profissionais, não e são responsabilidade do nível central, mas precisa ser reforçado na Unidade básica também.
22. Ampliar mais os espaços de Humanização para os trabalhadores, ex- cuidar dos cuidadores.
23. Projeto regional para cuidar dos trabalhadores.
24. Plano de educação permanente planejada para a organização das agendas, obrigatoriamente o CETS o gerenciador das capacitações da rede.
25. Desafios para a gestão – integrar os membros da equipe e diminuir a divisão por equipes, apresentar os novos profissionais na Unidade.
26. Investir na capacitação dos auxiliares e dar mais valorização para os mesmos.
27. A gestão municipal deveria cuidar mais quando realiza o processo de seleção para os coordenadores, principalmente os que não tem nenhuma experiência sobre gestão, ele vai enfrentar uma realidade complexa.
28. Rever a remuneração dos profissionais contratados pelo Candido, apesar de entendermos que todo o acesso deve ser via concurso publico.
29. A secretaria teria que reavaliar o quanto para a Saúde o plano de cargos não valoriza os profissionais de forma adequada indicativo de rever o plano.
30. Experiência do Santa Macelina – SP, quando os médicos chegam passam uma semana com preceptoría, nas áreas.
 - Foi pensado em dar um dia para o profissional estudar, trabalhar em outro local.
 - Fortalecendo os Colegiados Gestores, discutindo o que foi atendido, como foi atendido, propiciando avaliação de qualidade da atenção.
 - Esta sendo avaliado o desempenho, a partir dos dados de produção e outros.

Subgrupo 4

1. Garantia institucional da inserção acolhedora do médico e demais profissionais que chegam.
2. Ajustes na formatação das agendas do médico conforme o profissional e o perfil da demanda,
3. Ações específicas para ajustes no modelo no que diz respeito à demanda espontânea e agendada.
4. Generalista tem que ter garantido o tempo de fazer visita, grupo e consulta também.
5. Adequação- Número adequado de médicos em relação a população a ser coberta pra ser coerente com o Modelo.
6. Tem que ter um profissional para dar conta das intercorrências- equipe de apoio para cobertura de férias , LTS etc.. por exemplo: Cada um médico atende porta numa escala de horário durante o dia. (não consensada)
7. Ouvir os profissionais, tentar organizar respeitando o cumprimento descarga horária, ajustando as agendas com tempos diferenciados conforme o paciente e o médico sem engessar.
8. Melhorar articulação, retaguarda dos serviços especializados
9. Maior flexibilidade da instituição na composição das jornadas (Prefiro 2 médicos de 20 do que 1 de 36 h)
10. Corrigir a questão dos múltiplos vínculos empregatícios
11. Resolução dos problemas estruturais
12. Os gestores locais tem que propiciar discussões que explicitem os papéis de cada um, o que se espera de cada profissional para ir reconstruindo as relações principalmente entre médicos e enfermagem atualmente muito desgastada. Ex. alguns protocolos (não consensado)

13. Devemos ter um Momento de olhar pra nossas diferenças e necessidades. É preciso redimensionar nossas necessidades de generalistas, e reorganizar o Modelo e os processos de trabalho.
14. Redefinir os ICVs (não consensado)
15. Plano de ascensão funcional para incentivar o médico a ser funcionário público

Subgrupo 5

1. Ambulatório de Especialidades descentralizado por Distrito.
2. A unidade básica exercer a gestão dos casos e priorização dos riscos para o encaminhamento para as especialidades.
3. Aproximação da atenção básica com as especialidades para conseguir respostas mais rápidas.
4. Agenda estruturada, com maior freqüência e permanente para o matriciamento.
5. Estruturar e ofertar o matriciamento do médico generalista, com a tecnologia da saúde da família, para os médicos da atenção básica e especialidades.
6. Investir com maior ênfase na formação dos novos gestores.
7. Investir na capacitação dos profissionais das equipes, prioritariamente para os auxiliares de enfermagem.
8. Estruturar as necessidades de formação dos profissionais de saúde na lógica de uma Política de Educação Permanente garantindo a aproximação com a realidade local.
9. Definir e explicitar as reais diretrizes para a gestão local.
10. Fortalecer a política de RH com incentivos para a atualização técnica com o investimento e subsídios para a participação dos profissionais em Congressos, Cursos e Eventos externos.
11. Estruturar uma inserção mais cuidadosa do profissional médico principalmente em relação a agenda, a equipe e ao território.
12. Flexibilizar a Carga Horária do profissional médico, principalmente da U/E incluindo a revisão dos honorários.
13. Buscar parcerias para o enfrentamento dos problemas com a participação da população.

Subgrupo 6

1. Que uma equipe do RH, que conheça bem a rede, faça o recebimento dos médicos antes da escolha das vagas, para não haver disputas entre os locais em que as vagas estão abertas. Deixar alguns dias para o profissional visitar os serviços que estão disponíveis para atuar, para conhece-los e até identificar-se com ele. Mudar a forma como se faz a escolha das vagas.
2. Após a entrada no serviço, capacitação inicial para aprender fluxos do serviço (estrutura de transição), como está sendo feito o acolhimento hoje, solicitar aos coordenadores que priorizem esse momento.
3. Atender melhor o usuário não é uma modelo de atenção básica, solicitamos clarear as diretrizes do modelo de Campinas. Discutir o modelo da atenção básica para que o médicos que atua na rede possam, além de fazer assistência individual, dar conta dos papéis, dos grupos, fazer capacitações para a equipe e das outras funções desse médico. Não é fácil fazer assistência individual 36 horas, mas se os trabalhos forem diversificados, podem-se fixar mais os médicos.
4. Capacitar os gestores para instrumentalizá-los a organizar o modelo adotado. Criar estratégias para avaliar o gestor, valorizando os bons gestores, tentar mantê-los na Unidade.
5. Criar encontros entre os trabalhadores e os gestores da secretaria, seja nos espaços que já existem, como colegiados gestores, equipes de referência, ou outros espaços a serem criados nos distritos ou fora deles.

6. Discutir entre todos os níveis de atenção os casos borderlines, sempre procurando avaliar o que é melhor para o paciente, para equilibrar as agendas em relação aos casos agudos da atenção básica.
7. Adequar a adscrição de clientela dos territórios das Unidades Básicas e equipes de Saúde da família, de modo a atingir o preconizado pelo Ministério da Saúde. Aumentar o número de equipes e unidade básica de saúde.
8. Capacitação da equipe de enfermagem para ampliar e qualificar os atendimentos individuais e coletivos dessa categoria.
9. Investir mais em atenção primária, já que esse modelo é irreversível, adequando a estrutura física das unidades, o que impacta diretamente na qualidade da atenção dispensada ao usuário e da fixação do profissional no serviço.
10. Oferecer aos outros profissionais médicos, além dos clínicos e 36 horas, a especialização em Saúde da Família, uma vez que existe o interesse de alguns na especialização.
11. Reavaliar o salário dos médicos de família 36 horas, para fixá-los e torná-los exclusivos. Diversificar as cargas horárias para os demais profissionais médicos, favorecendo a fixação de pediatras, ginecologistas e clínicos, seja da urgência ou de apoio a equipe da UBS.
12. Clarear plano de cargos e carreiras da prefeitura, e se necessário, depois de entendido criar plano de carreira específico para a saúde.
13. Incorporação de outros profissionais nas equipes que ajudem com das demandas sociais junto as equipes das Unidades, como psicólogos, assistentes sociais. Junto a isso disponibilizar análises institucionais, terapias de grupo, debates desses casos sociais junto as equipes, para tornar a o fardo das equipes e do médico mais leves.
14. Criar estratégias para mostrar aos outros médicos do sistema e à população que os médicos da atenção básica estão lá por opção e o fazem com competência. Isso deve iniciar durante a formação nas Universidades e Faculdades de Medicina, em outros espaços institucionais dentro e fora da rede. Uma dessas estratégias pode ser a passagem dos profissionais da urgência e especialidades no sistema primário e vice-versa.

Subgrupo 7

1. Sistema de saúde integralizado, os profissionais dos vários níveis de serviços se conhecerem. (criar mecanismos de como fazer isso).
2. Discutir o processo de trabalho, esclarecendo os papéis de cada um dentro da equipe., retorno, crônicos e P.A.
3. Implantação do TELESÁUDE – sistema de atendimento e orientações por internet ou telefone.
4. Enfrentar a distancia entre classes sociais que é geradora de incompreensão entre profissionais e população usuária do SUS.
5. Compatibilizar os tamanhos das equipes com a demanda adscrita, enfatizando a atual situação dos ACS.
6. Valorizar as reuniões de equipe e do Colegiado
7. Melhorar a segurança nas unidades
8. As ações de gestão ser direcionada diretamente a cada profissional, e não no genérico, desestimulando os profissionais que estão comprometidos com o trabalho.
9. Reativação da Comissão de Ética Médica, enfatizando o seu papel educativo.
10. Atualização técnica, educação continuada que garanta a qualidade do desempenho profissional.
11. Realizar concursos públicos periódicos com ofertas de pelo menos duas jornadas.
12. Avançar na proposta que promova o encontro dos profissionais de serviços de referência com os profissionais das Unidades Básicas.

13. Insistir nas medidas gerenciais que exijam a contra referência assim como é exigido a referência, bem como os relatórios de alta.
14. Maior apoio (presença) dos Apoiadores Distritais dentro das equipes para discutir os processos de trabalho, enfatizando o apoio médico em reuniões com a equipe médica.
15. Estudar mecanismos de valorização dos salários dos médicos da rede básica.

Subgrupo 8

1. Reunião de equipe participativa de todos, para construção em equipe do processo de trabalho, para ter respostas concordantes aos usuários, para não tirar autoridade de ninguém
2. Ter horários de acolhimento – cuidar da agenda – fazer proporção adequada para a demanda do local.
3. Qualificação da equipe, principalmente da enfermagem, no acolhimento e triagem
4. Estrutura física adequada - para enfermagem – salas de atendimento. Agenda para enfermagem
5. Capacitação em serviço, educação permanente – sobre papel de cada um. Matriciamento por médicos de família – para falar sobre como fazer planejamento, reuniões, montagem de agendas... (fazer as capacitações no serviço)
6. Ficar claro como é a inserção do médico da família em Campinas. Entendemos que é um processo de implantação difícil – será gradativo.
7. Territorialização – fazer no acolhimento dos novos profissionais, conhecer todos os serviços locais e de referencia.
8. Ações educativas com pacientes – grande escala
9. Também fixar demais componentes da equipe – e ampliar as equipes.
10. Contratar psicólogas e assistentes sociais
11. Flexibilização de carga horária – 20 / 30/ 36 horas.
12. Plano de cargos e carreira – reavaliar os critérios de pontuação. Pontuar os títulos de especialidades médicas
13. Concurso – não ter muitos vínculos empregatícios
14. Reconhecimento do trabalho através dos indicadores de saúde – melhoria destes.
15. Agenda – algum grau de autonomia com sua agenda, construir junto com a equipe
16. Diversificar as atividades – visitas, projetos, reuniões... ser criativo
17. Integração maior com especialidades – contra-referencia
18. Salário

Subgrupo 9

1. Não termos vergonha de trabalhar no SUS e principalmente na atenção básica, para não “contaminarmos” outros médicos. (Pessoal)
2. Melhorar o financiamento para o SUS. (Governo Federal e Estadual)
3. A Universidade não tem inserção no ensino da rede básica de saúde, devendo utilizar o campo da atenção básica como formação. Combate ao ensino hospitalocêntrico de propaganda de especialidades. (Educação)
4. Os estágios de formação de médicos na rede não podem prestar-se a cobrir a falta de profissionais, necessidade de uma programação educativa específica para este campo de ensino. Aumentar também os convênios com as universidades. (Educação e Secretaria)
5. Há confusão entre acolhimento, intercorrências da minha população adscrita e urgências clínicas, recaindo tudo sobre a atenção básica, necessitando de processos de trabalho que melhorem estas avaliações de risco. Além de indicarmos para a gestão essa confusão de papéis. (Secretaria)
6. É possível fazer pronto-atendimento (acolhimento) e seguimento na atenção básica? São coisas separadas? Se for assim então o médico de saúde de família deve fazer apenas o seguimento e outro médico deve fazer apenas pronto atendimento, com a troca de informações entre os dois. (Secretaria) (Contrapõe-se à 4)

7. Ou será que a demanda de queixa conduta é grande, pois o número de famílias é grande. Alguns entendem que devem se responsabilizar também pelas intercorrências de sua população com a qual tem vínculo. Desta maneira, a proposta seria fortalecer a saúde da família com a redução da população adscrita. (Secretaria) (Contrapõe-se à 3)
8. O problema não é apenas a existência de poucos profissionais em si, mas a necessidade de melhor distribuição de médicos generalistas para populações menores garantindo o vínculo com a mesma. (Secretaria)
9. Ter clareza do que esperamos do generalista, do clínico, de outros médicos especialistas e da enfermagem que compõe a equipe. (Secretaria)
10. Necessidade de uma estrutura de urgência e emergência melhor na cidade. (Secretaria)
11. O modelo de vagas / agenda, mesmo que não dito, é inadequado para a atenção básica. (Secretaria)
12. Necessidade de apoio das especialidades in loco na atenção básica com atendimentos conjuntos e discussões capacitantes de temas relevantes dominados pelas especialidades, pois na verdade queremos acompanhar nossos casos, independente, se são ditos como para especialidade ou não. (Secretaria)
13. Necessidade de arranjos que garantam maior melhor divisão do trabalho e da gestão com o médico. Maior responsabilização pactuada pela enfermagem da clínica e seguimento dos usuários, grupos em algumas unidades. Logo, promovendo o real trabalho em equipe. (Gestão Local)
14. Melhoria da manutenção predial das unidades básicas com uma estrutura de gestão preventiva da deterioração física dos serviços, buscando atingir uma condição ideal de ambiente de trabalho. (Secretaria)
15. Flexibilidade da carga horária de trabalho do médico na rede, ou seja, poder ter médicos de 20h. (Secretaria)
16. Flexibilidade de funções de um mesmo médico na rede, ou seja, mesmo que seja uma carga horária de 36h que possamos trabalhar com os seus desejo reais, seja trabalhando na atenção primária, secundária, urgência ou em funções diversas. (Secretaria)
17. Mudança da avaliação de médicos na rede revendo o estagio probatório para reduzi-lo e transformar a avaliação do profissional em um processo contínuo e efetivo. (Secretaria)
18. Melhoria do salário do médico atrelando parte do piso salarial à metas bem estabelecidas e pactuadas de resultados de saúde. Priorizando a rede básica de saúde. (Secretaria)
19. Buscar instrumentos para trabalhar a relação entre os integrantes da equipe e as questões transferências entre esta e sua população de referência, como os grupos Balint, por exemplo. (Secretaria)
20. Melhorar as parcerias com a comunidade e ofertas comunitárias de promoção à saúde para reduzir a “pressão da demanda” na unidade. Melhorar a parceria principalmente com a assistência social, CRAS com a saúde. (Intersetorial)
21. Melhorar o acolhimento do médico, impedindo que o mesmo já chegue atendendo. Seria necessário período razoável de acolhimento deste profissional de maneira “estagiada”, ou seja, que ele conheça estabeleça contato e referencias personalizadas com os serviços especializados e a rede disponível. (Secretaria)