



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

*International Journal of Development Research*  
Vol. 10, Issue, 02, pp. 33718-33725, February, 2020



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM BASE NA PERSPECTIVA DOS ATORES ENVOLVIDOS

José Manoel Amadio Guerrero<sup>1</sup>, Maria Valéria Pavan<sup>2</sup>, Maria Helena Senger<sup>3</sup>,  
and Fernando Antonio de Almeida\*<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico, Mestre em Educação nas Profissões da Saúde (PUC-SP) e Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, campus Sorocaba.

<sup>2</sup>Médica, Mestre em Clínica Médica (UNICAMP), doutora em Educação (UNISO) e Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, campus Sorocaba

<sup>3</sup>Médica, Mestre e doutora em Endocrinologia (UNIFESP), Professora Titular do Departamento Clínica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, campus Sorocaba

<sup>4</sup>Médico, doutor em Nefrologia (UNIFESP), Professor Titular do Departamento Clínica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, campus Sorocaba

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 19<sup>th</sup> November, 2019

Received in revised form

19<sup>th</sup> December, 2019

Accepted 20<sup>th</sup> January, 2020

Published online 27<sup>th</sup> February, 2020

#### Key Words:

Clinical protocols; Public health; Hypertension; Diabetes mellitus; Evaluation of programs and Health projects.

#### \*Corresponding author:

Fernando Antonio de Almeida

### ABSTRACT

Admitting the undeniable importance of the appropriate assistance in the Brazilian Unified Health System and using hypertension and diabetes mellitus as models, the **objective** of this study was to understand, from the perspective of the actors involved, the factors that interfere in the implementation of public policies and pointing out ways to implement programs and protocols in primary health care. **Methods:** based on the analysis of in-depth interviews with people from the management teams, doctors and the university who work in Sorocaba-SP, Brazil, using Moscovici's theory of social representations as a reference. **Results:** Based on the interview data, guiding subsidies were designed for the effective implementation of programmatic actions and protocols of care in the municipal health network that also can be used in other municipalities with traditional basic units or the family health strategy. **Conclusion:** To effectively implement any protocol, it is necessary to improve the management of services to ensure resources, to plan the implementation, train the teams and monitor the results. These guiding subsidies contribute to the necessary reflections for this task.

Copyright © 2020, José Manoel Amadio Guerrero et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: José Manoel Amadio Guerrero, Maria Valéria Pavan, Maria Helena Senger and Fernando Antonio de Almeida. 2020. "Implementação de ações programáticas na atenção primária à saúde com base na perspectiva dos atores envolvidos", *International Journal of Development Research*, 10, (02), 33718-33725.

## INTRODUCTION

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças crônicas degenerativas de alta prevalência e representam grandes problemas de saúde pública para o Brasil (Kearney *et al.*, 2005; Malachias *et al.*, 2016; ADA, 2019; SBD, 2019; Malta *et al.*, 2019). O setor público tem desenvolvido estratégias enfatizando a prevenção e o tratamento destas doenças e suas complicações, pois o bom controle melhora a qualidade de vida da população e eleva os níveis de saúde da população (Brasil, 2001; Brasil, 2006; Brasil, 2014). Tais intervenções vão também representar menor gasto com internações possibilitando utilizar estes recursos em outras áreas (Brasil, 2001).

Em um país em que aproximadamente 80% da população é assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para que haja um bom controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus é preciso que a rede de assistência seja bem estruturada, com equipes competentes e em número suficiente para criar vínculo com a comunidade, privilegiando a abordagem integral, disponha de medicamentos, exames e outros recursos de maior complexidade, em acordo com protocolos clínicos atualizados e tendo o monitoramento das ações desenvolvidas e dos seus resultados (Werneck *et al.*, 2009; Campos & Domitti, 2007). Reconhecendo a importância do tema a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Sorocaba em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP (FCMS-PUC/SP) revisaram e atualizaram o protocolo de atendimento para os

pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes mellitus a ser utilizado nas unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais e unidades da estratégia saúde da família (USF). A elaboração do protocolo trouxe a seguinte discussão: O que seria necessário para implementar novos protocolos, programas e outras políticas públicas de saúde?

O emprego responsável e regular de protocolos deve ser consequência de um processo de planejamento (Werneck *et al.*, 2009; Hartz *et al.*, 1997). Ele gera a necessidade de que os gestores estejam atentos e deflagrem um movimento de acompanhamento constante, avaliando a efetividade desses instrumentos, bem como as relações produzidas neste processo (Werneck *et al.*, 2009). Seu emprego deve facilitar a interação entre trabalhadores e gestores e, em relação aos usuários, deve ser capaz de possibilitar melhor conhecimento do padrão cultural e estar adaptado à realidade local (Werneck *et al.*, 2009). O uso dos protocolos deve gerar também a construção de um processo de trabalho no qual haja elaboração e pactuação de metas e de indicadores que permitam avaliar processos e resultados (Werneck *et al.*, 2009). Por outro lado, ao estudar as organizações, o processo diagnóstico envolve necessariamente ciência e arte e quem emprega somente técnicas objetivas e delas extrai conclusões lineares de causa e efeito, arrisca-se a alguns equívocos que podem conduzir a decisões inadequadas, pois o enfoque objetivo e racional exclusivo reduz os fenômenos psicossociais a uma pobre dimensão linear não expressiva de sua grandeza e complexidade (Moscovici, 2008; Moreira, 1998). Por este motivo, o referencial teórico escolhido neste estudo foi a teoria das representações sociais de Moscovici (2013). Ela trata de saberes sociais que se produzem no cotidiano, que pertencem ao mundo vivido. Segundo Moscovici (2013) nosso ambiente natural, físico e social é fundamentalmente composto de imagens e, nós, continuamente acrescentamos-lhes algo e descartamos algumas imagens, adotando outras. Estes elementos têm algo a nos ensinar sobre a maneira como as pessoas pensam e o que pensam, pois, segundo ele, existem dois universos de pensamento nas sociedades contemporâneas "pensantes": os reificados (da ciência) e os consensuais (do senso comum). As ciências são os meios pelos quais nós compreendemos o universo reificado, enquanto as representações sociais tratam do universo consensual, são criadas pelos processos de ancoragem <sup>(1)</sup> e objetivação <sup>(2)</sup>, circulam no cotidiano e devem ser vistas como uma "atmosfera" em relação ao indivíduo ou ao grupo (Moscovici, 2013). Ao se propor ações programáticas, protocolos clínicos, rotinas e políticas públicas é importante ter o olhar voltado também à subjetividade do mundo, em especial, da cultura do local onde se pretende implementar a política pública. Alguns problemas que permeiam as rotinas do setor público, tais como a dificuldade em elaborar capacitações efetivas, as relações interpessoais conflituosas, o não seguimento dos protocolos, a falta de envolvimento de alguns membros da equipe e outras situações observadas, têm sua origem nos fatos "não ditos" e o enfoque objetivo e racional exclusivo, reduz o problema, deixa de lado as subjetividades que, quando não são abordadas, afloram sistematicamente como os sintomas inespecíficos "tratados" de forma inadequada.

Este estudo partiu da necessidade de atualizar o protocolo médico de atenção aos pacientes portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus do programa de atenção à saúde do adulto (PSA) da SMS de Sorocaba-SP e conhecer os fatores objetivos e subjetivos que interferem na implementação das políticas públicas, contribuindo para que gestores escolham a abordagem adequada nesta tarefa complexa. Assim, os objetivos da pesquisa foram conhecer e registrar detalhes sobre a implementação do PSA a partir do processo histórico e vivências de alguns servidores públicos envolvidos e elaborar subsídios norteadores para a implementação efetiva de programas, protocolos de atendimentos, em especial no PSA, incluindo a capacitação da equipe médica, à luz do referencial teórico escolhido.

## MÉTODOS

Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa e com propostas para intervenção. A escolha pela abordagem qualitativa deu-se por basear-se na premissa de que o conhecimento sobre pessoas só é possível a partir da descrição de experiência humana, tal como ela é vivida e como é definida pelos seus próprios atores (Dynewicz, 2009). O referencial teórico foi a teoria das representações sociais de Moscovici (2013). O estudo se desenvolveu na cidade de Sorocaba-SP, uma cidade de grande porte com aproximadamente 700 mil habitantes. Sua rede de atenção primária à saúde conta com trinta e uma UBS/USFs geridas por seis regionais municipais de saúde, cujos gestores e coordenadores de unidades de saúde formam "colegiados". Cada regional de saúde agrega cinco ou seis unidades com contiguidade territorial e características sócio-demográficas e culturais semelhantes. Os participantes do estudo foram 16 servidores públicos municipais da SMS de Sorocaba (9 médicos e 7 enfermeiros) que foram divididos em três grupos: a) Gestores (4 participantes): trabalhavam no nível central da SMS como supervisores do PSA; b) Médicos (6 médicos): atuavam como clínicos ou generalistas nas UBS/USFs; c) Colegiado (6 enfermeiros): gestores de uma regional municipal de saúde. Exceto por um médico recém-formado, todos os servidores participantes tinham cinco anos ou mais de vínculo com a SMS. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho.

A escolha dos participantes do grupo "Gestores" foi por conveniência, pois os dois médicos ex-gestores (G1 e G2) foram os principais artífices da implantação do protocolo vigente e atuavam como clínicos de UBS tendo oportunidade de vivenciar a prática da proposta que elaboraram. O outro médico (G3) era o gestor do programa e teve a iniciativa de convidar a universidade para a atualização dos protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus e participou com os professores da FCMS-PUC/SP na atualização. Por ocasião da última implantação do protocolo esse médico trabalhava como clínico geral de uma UBS e participou do processo de capacitação como médico. O quarto entrevistado (G4) foi um enfermeiro que assumiu recentemente a gestão do PSA. A escolha do grupo "Médicos" foi por sorteio, porém, procurando garantir uma amostra de profissionais com especializações variadas incluindo generalistas, cirurgiões, clínicos gerais, especialistas e recém-formados que refletisse o universo dos médicos que atuavam nas UBS/USFs. Para isso foram separados em grupos (pela especialização) e o sorteio se deu em cada grupo. Como resultado tivemos três médicos com formação na área cirúrgica, um na área de clínica médica, um

<sup>1</sup> Ancoragem: é o processo pelo qual procuramos classificar, encontrar um lugar e dar nome a alguma coisa para encaixar o não familiar (Moscovici, 2013).

<sup>2</sup> Objetivação: elaboração de conceitos e imagens "para fora" (para outros) para reproduzi-los no mundo exterior (Moscovici, 2013).

generalista e um recém-formado. Entre os seis colegiados existentes no município, a escolha por conveniência recaiu sobre aquele responsável por uma região do município onde existe o predomínio de população adulta e idosa, principal público do PSA, e as equipes do colegiado estavam discutindo como reorganizar a assistência. Este grupo era composto por três coordenadoras de UBS, uma coordenadora de USF, duas supervisoras apoiadoras da regional municipal de saúde (colegiado). A reunião foi realizada na sede da regional. As entrevistas com os integrantes do grupo médicos e gestores foram individuais, aprofundadas e seguindo um roteiro pré-estabelecido. Todas tiveram o áudio gravado, foram transcritas e analisadas utilizando elementos das técnicas de análise de conteúdo de Minayo (2010) e de Bardin (2011). As entrevistas de cada participante foram lidas e revisadas exaustivamente e destacados os pontos mais importantes e/ou mais representativos de cada resposta. Destes pontos mais importantes foram pinçadas as expressões-chaves, a ideia central e o tema. A entrevista com o colegiado foi em grupo, com características, mas sem a pretensão formal de um grupo focal, envolvendo o pesquisador e o orientador. Esta entrevista em grupo não utilizou roteiro, porém foram abordados os mesmos temas das entrevistas com os gestores, permitindo interação e troca de ideias. A abordagem de um colegiado procurou complementar entrevistas anteriores atendendo o processo organizativo da Atenção Primária à Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FCMS-PUC/SP sob Nº 1.528 e pressupunha o aceite da SMS de Sorocaba. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes que qualquer procedimento do estudo fosse realizado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

**As entrevistas com os gestores:** A partir de 1997 a equipe que fazia a gestão do PSA no nível central da SMS passou por uma reestruturação, incorporando um médico clínico, um endocrinologista e um nefrologista, oriundos das UBSs. Este grupo sistematizou o atendimento aos pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes, aproveitando a experiência das equipes que atendiam na atenção básica. A cobertura do programa era baixa e a adesão das equipes às ações do PSA precisava ser estimulada. O momento político permitiu o investimento no setor com a capacitação de 100% das equipes da atenção básica, que durou todo o ano de 2000, utilizou como estratégia a discussão de casos clínicos, com duração de 30 horas para os auxiliares de enfermagem, 25 horas para os enfermeiros e 8 horas para os médicos. A abordagem valorizou também o tratamento não medicamentoso. Segundo os participantes os resultados dessa capacitação foram excelentes. O número de pacientes inscritos no programa elevou-se muito, de aproximadamente dois mil para cinquenta mil inscritos. Foram criados nas UBS/USFs, "grupos de caminhada" que exerciam esta atividade física 30 minutos três vezes por semana, uma vez supervisionada pela equipe da unidade e duas vezes sem supervisão. Entretanto, houve substituição de grande parte da equipe de enfermagem um ano após o treinamento e os novos funcionários contratados não receberam esta capacitação. Após a atualização do protocolo no ano 2000 não houve mais qualquer treinamento abrangente no PSA. Houve grande remodelação da equipe. A maioria das pessoas que passaram por aquele treinamento, não trabalhava mais na rede básica.

*Olha, nós fizemos o treinamento e depois de um ano metade do pessoal foi embora porque era um pessoal contratado, [...] houve uma grande remodelação da equipe [...] Nós tivemos atualização do protocolo, mas nunca houve depois disso uma grande reunião que nós conversássemos com os clínicos [...] desde então não teve nada. (G1)*

A reestruturação do PSA ampliou a oferta de medicamentos na atenção básica e atualmente o programa "Farmácia Popular" complementou algumas carências. Os gestores reforçaram, porém, que a burocracia para a prescrição e a dispensação de medicamentos reduzia a adesão de médicos e pacientes. Segundo os gestores, a alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos, somada à baixa capacidade da SMS em capacitar as equipes de maneira oportuna contribuiu bastante com as dificuldades enfrentadas ao longo dos anos e defendiam que era preciso tirar o médico da UBS para capacitá-lo, mesmo que para isso o atendimento ficasse comprometido. Foram utilizadas outras estratégias para capacitação como o envio de informes e protocolos com objetivo de que o médico, quando contratado, pudesse iniciar imediatamente o trabalho dentro das rotinas das UBS/USF. Treinamentos presenciais só foram realizados para o pessoal não médico. As capacitações foram se tornando mais raras e habitualmente são interrompidas nos períodos eleitorais para que não haja reclamações de falta de atendimento nas unidades nesses períodos.

*[...] hoje o médico não tem recebido treinamento, outras categorias da UBS sim, porque não se pode parar o atendimento para treiná-lo. (G3)*

A sobrecarga de atribuições exigidas pelas ações da SMS enfraqueceu o papel dos gestores do PSA que tiveram que direcionar suas energias na reorganização da rede de atenção primária que a todo o momento sofria com a insuficiência de médicos para trabalhar no modelo proposto. Estes gestores deixaram de ser exclusivos do PSA e passaram a contribuir também com outras ações programáticas de saúde. Como consequência não existia uma rotina de monitoramento do trabalho dos médicos e isso, na opinião dos gestores, foi uma grande falha do PSA, assim como a falta de um canal de comunicação regular e formalizado entre o médico das UBS/USFs e a equipe central da SMS. No PSA a frequência das consultas médicas é proporcional ao risco do paciente. O médico tinha também dificuldade em dividir o atendimento com a equipe de enfermagem e a população manifestava desejo de "passar com o médico" preferencialmente. Isso motivou alguns médicos a mudar a classificação de risco para "forçar" o aumento do número de consultas médicas.

*Mas é preciso garantir ao médico as coisas que são exclusivas da categoria. (G3)*

Uma parte das fichas para o atendimento que deveria ser preenchida completamente (exame físico, etc.) não era utilizada. Na opinião dos gestores a ficha, apesar de importante, demorava para ser preenchida pelo grande número de informações e também existia a hipótese de que alguns médicos não tinham conhecimento técnico e/ou não realizavam anamnese, exame físico e outras anotações. Os gestores que estão atuando como clínicos se queixavam que o processo de solicitação de exames era propositalmente burocrático para dificultar a solicitação excessiva de exames.

De acordo com eles, era difícil abordar o problema, pois não pedir exames que poderiam fazer o diagnóstico precoce de complicações também seria grave. Via-se também que as medidas eram tomadas porque os médicos não seguiam as rotinas, ou elas não existiam. Fazendo uma reflexão sobre o que fariam diferente do que foi realizado no ano 2000, logo após a capacitação, os gestores afirmaram que a valorização dos profissionais naquela época foi adequada. De acordo com os gestores, os novos protocolos devem ser mais práticos, voltados às possibilidades operacionais das UBS/USFs, sem deixar de lado o conhecimento científico. Apesar do programa prever o atendimento de enfermagem (AE), isso não ocorria em todas as UBS/USFs, pois em algumas, o problema era “falta de espaço físico”. O protocolo isolado sem rever todos os processos de trabalho da unidade não adiantaria. Afirmaram ainda que era preciso melhorar a relação entre os membros da equipe, pois trabalhavam de forma isolada e sem o foco central no paciente.

### As entrevistas com os médicos

De acordo com os médicos entrevistados, a proposta de organização do atendimento no PSA era bem estruturada com fluxos que priorizavam o trabalho da equipe multidisciplinar e procurava dar atenção integral à clientela. O programa havia melhorado nos últimos anos, seguia diretrizes nacionais e desenvolvia-se bem, apesar de necessitar de alguns investimentos e ajustes. *Em algumas UBS/USFs havia falta de médicos para atender as consultas programáticas e isso aumentava o tempo de retorno dos pacientes, descumprindo o preconizado no protocolo. Diziam ainda que os profissionais não médicos estavam recebendo treinamentos e o médico não. A falta de médicos interferia na divisão do trabalho, sobrecarregando alguns profissionais, e era agravado quando o atendimento de enfermagem não acontecia.* Queixavam-se também que o tempo disponível para consulta médica era insuficiente para fazer abordagem medicamentosa e não medicamentosa. Seria preciso envolver outros profissionais de saúde das UBS/USFs para fazer a orientação não medicamentosa. Referiram também que se sentiam despreparados para atender casos de maior complexidade e precisavam de apoio multidisciplinar com nutricionistas, preparadores físicos e especialistas de outras áreas médicas. O excesso de burocracia para conseguir vaga no ambulatório de especialidades atrapalhava na priorização dos pacientes mais graves. *Alguns médicos relataram que devido à sua especialização na área cirúrgica se sentiam limitados para resolver determinadas demandas clínicas. Essa situação gerava stress para o médico e para o paciente quando faltava retaguarda das especialidades.*

*[...] eu não sou nutricionista, então às vezes eu preciso de uma nutricionista, [...] de um professor de educação física [...] eu acho que o atendimento multidisciplinar é extremamente importante.* (M2)

Referiram também que seria importante que os usuários soubessem como funciona o SUS e suas limitações, pois, alguns pacientes faltavam às consultas programáticas e utilizavam outros serviços para renovar suas receitas. A baixa adesão da clientela ao tratamento era recorrente, os clientes precisavam cuidar melhor da própria saúde e o sistema deveria direcionar seus esforços nesta ação. A baixa adesão dos pacientes às orientações coletivas acontecia por várias razões, desde as rotinas de agendamento até o perfil inadequado dos

profissionais para fazer a orientação. Este era um espaço importante onde o paciente poderia tirar suas dúvidas e compartilhar com outros pacientes. As orientações deveriam ser dinâmicas para não se tornarem cansativas e repetitivas.

*[...] eles só vem pra trocar receita. Não estão preocupados se estão evoluindo bem ou não com o controle da doença porque eles não sentem nada, [...].* (M6)

Os médicos entrevistados afirmaram também que a orientação de enfermagem coletiva (OEC) era muito importante para o programa, mas, algumas unidades atrelavam o agendamento da consulta médica à participação na OEC. Isto prejudicava o tratamento de alguns pacientes, pois às vezes resultava no impedimento do agendamento de consultas médicas programáticas. Havia UBS/USFs que deixavam de executar atividades previstas no protocolo como a OEC e o "Projeto Caminhada", justificando que havia falta de funcionários, ou falta de espaço físico na unidade. Os médicos reivindicaram também ampliar a oferta de medicamentos disponibilizados nas UBSs. Quando somado aos medicamentos oferecidos na Farmácia Popular, a oferta ficava adequada para a maioria dos pacientes, mas o paciente teria que comprar ou passar por uma série de burocracias que dificultam a adesão ao tratamento.

Em relação à forma de receber treinamentos, a preferência foi muito pessoal e não ficou evidente uma forma preferida hegemônica. As mais mencionadas foram: aulas presenciais focadas no cotidiano; educação a distância (EaD) e meio digital (CD ROM/e-mail).

Quanto ao horário ficou evidente que deveria ser durante o horário de trabalho ou, caso aconteça em horário diferente, o médico precisaria ser remunerado por isso, pois, “o médico tem uma vida corrida” e não teria disponibilidade de horários diferentes para participar de treinamentos sem comprometer plantões e outras atividades. Quanto à educação a distância (EaD), segundo os médicos, o impedimento estaria relacionado mais ao horário do que ao fato de ser “a distância”.

*[...] para dispor a outro tipo de atividade pra mim é impossível, então teria que ser no horário de trabalho.* (M4)

Em relação à frequência que deveriam ocorrer os treinamentos as opiniões dos médicos foram bem variadas, acreditavam que dependia dos avanços do programa e do surgimento de novas alterações nos protocolos. Os médicos também afirmaram que o trabalho multidisciplinar era fundamental e permitia mudar o modelo focado no médico contribuindo com a integralidade das ações e fortalecendo as ações não medicamentosas para a abordagem dessas doenças, complementando a ação da consulta médica. Seria importante oferecer na atenção primária à saúde o acesso a nutricionista, assistente social e educador físico, pois o médico se sentia incapaz de acolher todas as demandas só com o seu conhecimento e disponibilidade.

### O que disseram os membros do Colegiado

Após a explanação sobre o objetivo daquela entrevista, os membros do colegiado relataram as dificuldades que enfrentavam com as equipes médicas. De acordo com eles, poucas unidades usavam o protocolo para o atendimento no PSA. Faltava o envolvimento do médico com a equipe e não existia valorização do trabalho dos outros membros,

# Painel de Transformação Cultural

Modelo de Tom Carter  
ADAPTADO POR FERNANDO DIAS



A falta de cada um dos elementos pode trazer instabilidade ao processo de mudança. Quando faltam mais de um elemento o prejuízo será ainda maior.

**Figura 1. Painel de Transformação Cultural segundo o modelo de Tom Carter Adaptado por Fernando Luis Dias (Ref.7).**

principalmente da enfermagem e algumas ações contribuíam com o aumento das agendas médicas. Existiam médicos que discordavam do protocolo ou que não queriam segui-lo. Referiram que, como a palavra do médico tem grande importância para o paciente, se ele dava orientação diferente da existente no protocolo o restante da equipe tinha dificuldades para retomar a rotina programada. Por outro lado, as ações programáticas ainda aconteciam em algumas unidades porque existiam muitos médicos que prestavam um bom atendimento e eram comprometidos com o trabalho no serviço público. Entendiam que era preciso, em alguns casos, buscar o que motivava o médico. Ainda segundo os membros do colegiado, o PSA não era feito só por médicos, dependia do trabalho em equipe que deveria estar preparada para garantir a qualidade da atenção. Com a rotatividade de profissionais em todas as áreas, a capacitação deveria ser frequente e o protocolo único. Porém, a logística para capacitar toda a equipe era complexa, exigia repetir a atividade em horários diferentes e fechar as agendas diárias de atendimento. A capacitação foi delegada à coordenação da unidade básica que não conseguia dar sequência pelas rotinas próprias do trabalho. Ainda segundo as participantes do colegiado, para delegar à equipe o monitoramento e o planejamento de atividades do PSA na unidade, seria preciso antes capacitar a equipe e o

matriciamento poderia ser uma estratégia. Apenas deixar o protocolo disponível não bastava. A atualização médica deveria focar a prática e a técnica, deveria ter momentos com sustentações teóricas e momentos de reflexões com a equipe. Não poderia ser muito frequente para não prejudicar o atendimento e deveria ocorrer no horário de trabalho. A grande dificuldade era a heterogeneidade de horários de trabalho dos médicos que dificultava o processo de capacitação. Outro ponto levantado pelo colegiado foi utilizar a “internet” para fazer EaD. Para usar ferramentas de EaD seria preciso o compromisso de todos procurando evitar perda do investimento. O colegiado discutiu também que o processo de integração entre a FCMS-PUC/SP e a prefeitura deveria ser contínuo. Apesar da FCMS-PUC/SP utilizar os espaços das unidades como cenário de ensino, existia ainda pouca integração na discussão das políticas públicas e na utilização de protocolos do município. A presença das universidades nas UBS/USFs precisaria ser bem articulada para que não sejam utilizados protocolos paralelos. Existiam problemas que vão muito além da autonomia dos coordenadores das unidades, pois era preciso ter equipamentos adequados e calibrados, ter o espaço adequado para o cliente sentar e conversar e ter número suficiente de funcionários competentes. Os vínculos estavam

mais precários e isso dificultava o processo de treinamento e a aproximação com a clientela.

[...] o problema é que, de um tempo para cá, nós temos um quadro de funcionários muito mais instável, entra e sai [gente da equipe a] toda hora, [...] você acaba de fazer o treinamento e troca a equipe. (C3)

Foi perguntado aos gestores do colegiado como viam o processo de trabalho das unidades em relação ao PSA. Referiram que existiam unidades que não tinham qualquer rotina do PSA implantada e não seguiam o protocolo. Em algum momento [do passado] já tiveram o PSA funcionando e isto se perdeu. As supervisoras comentaram que existiam unidades com graus diferentes de "maturidade" e cada uma estava num ponto diferente do processo. Os coordenadores de unidade de saúde respondiam por várias atividades e a função de avaliação de atividades programáticas e/ou estratégias poderia ser delegada a alguns membros da equipe, portanto, sugeriram ter em cada unidade uma equipe que fizesse a "gestão do PSA" e outros programas. Segundo as participantes, o último processo eleitoral no município impediu a continuidade das capacitações e, posteriormente, demandas agudas, como uma epidemia de dengue, roubaram espaço da discussão do PSA. No período eleitoral não era autorizado o fechamento da unidade para a realização de atividades educativas e de planejamento e, na troca de governo, a equipe gestora foi trocada também e a nova equipe precisava se apropriar das atividades atrasando o processo de reorganização do programa. O período entre a campanha eleitoral e a reforma administrativa durou quase um ano. Para encerrar esta etapa o colegiado afirmou que era importante realizar reuniões com a toda a equipe para valorizar e organizar os diversos saberes de forma sinérgica.

### Subsídios norteadores

Os subsídios norteadores que virão a seguir foram elaborados a partir dos dados das entrevistas com os protagonistas participantes do estudo e no sentido de contribuir com gestores no processo de mudança que acompanha a implementação de novas ações programáticas, rotinas e protocolos de atendimento. Para isso, devemos ter clareza da missão da instituição, os objetivos a curto, médio e longo prazo, se a proposta atende aos objetivos e qual a viabilidade política, técnica e econômica da propositura. Utilizamos o modelo de transformação cultural de Tom Carter que recomenda que mudanças nos processos de trabalho requerem sete elementos fundamentais: *visão; valores; estratégia; recursos; habilidade; motivação e feedback* (Dias, 2015), figura 1. A presença de todos os elementos é necessária para que se alcance a *excelência* no processo de mudanças. Já a falta ou deficiência de cada um deles pode causar dificuldades no processo de mudança. Agrupamos os subsídios dentro destes elementos fundamentais para dar coerência às recomendações.

### Visão

O elemento "visão" representa onde queremos chegar com o nosso projeto para propor as estratégias adequadas. A falta de visão vai causar *confusão*, logo:

1. Tenha clareza dos objetivos da política pública proposta e trace objetivos de curto, médio e longo prazo que sejam viáveis.

2. Escolha um cenário político favorável para desenvolver as políticas públicas. Se o cenário não for favorável ou houver mudanças durante o processo, procure repactuar com os atores.
3. Tenha claro qual o resultado esperado, quais os recursos e ações necessárias e pactue com os atores envolvidos no processo.
4. Tenha clareza de que os interesses podem ser conflitantes, logo, terá que buscar um resultado intermediário, repactuado claramente.

### Valores

"Valores" são elementos que tomamos como referência para a escolha das nossas estratégias. Se não forem éticos, a escolha da estratégia pode levar à *corrupção*, portanto, conheça os valores da instituição e procure segui-los dentro da ética. O objetivo final de toda instituição pública é tornar melhor a vida do cidadão.

### Motivação

Quando não existe "motivação" da equipe haverá *lentidão* no processo de mudança. Sem motivação a equipe não se empenhará em buscar o próprio aprimoramento, logo, pode haver perda da qualidade.

1. A capacitação vai ser motivadora àqueles que desejam aprender ou se sentem incomodados quando lhes faltam conhecimento técnico, logo, não deve ser utilizada como única fonte de motivação. A capacitação para ser motivadora, deve ser percebida como boa para as duas partes envolvidas: ao funcionário e o serviço.
2. Para aumentar a fixação dos médicos nos serviços, não bastam atitudes isoladas como aumento de salário. É preciso estudar a fundo o problema, levantar os fatores motivadores, melhorar as condições de trabalho e então atuar de forma planejada e direcionada.
3. Sempre que precisar tomar medidas administrativas, tome. Não enfrentar os problemas gerados pelos funcionários inadequados traz desvalorização e desmotivação ao restante da equipe.
4. A equipe gestora central deve evitar desautorizar o coordenador local. Desautorizá-lo, fará com que este coordenador deixe de fazer os enfrentamentos necessários no futuro.
5. No setor público é difícil utilizar mecanismos de coerção e de premiação para motivar os funcionários, pois, a legislação pública dificulta a adoção dessas medidas. Se for adotar deve garantir legislação adequada para tal.
6. A motivação é algo pessoal, logo, várias estratégias serão necessárias para motivar um número maior de pessoas.

### Recursos

A falta de "Recursos" leva à *frustração*. As propostas devem estar dimensionadas aos recursos disponíveis. Quando isto não acontece, além da *frustração*, vem o descrédito de quem executa, de quem faz a gestão e de quem seria beneficiado pela ação. Diferente do que ocorre no imaginário da população e de

alguns servidores públicos, o recurso público é finito. Executar uma ação sem ter recursos, desacredita a proposta, logo:

1. É importante garantir recursos suficientes, inclusive recursos humanos, que atendam as atividades propostas. Se não houver, os processos devem ser revistos.
2. Envolver e sensibilizar as esferas políticas nos processos de capacitação para que novos recursos possam ser disponibilizados.
3. É preciso garantir espaço físico nas unidades para as ações coletivas quando elas fizerem parte do protocolo, inclusive no projeto arquitetônico dos novos prédios de UBS/USFs.
4. Como faltam médicos para trabalhar no modelo proposto, o trabalho burocrático médico deveria ser reduzido ou transferido aos funcionários administrativos sobrando maior tempo para a consulta ampliando o vínculo médico-paciente.

### Habilidade

Se não houver "habilidade" para realizar o que foi programado a equipe entrará em *fadiga*, daí a importância de um planejamento adequado e de reavaliação periódica.

1. É importante dimensionar a proposta operacional do protocolo com a disponibilidade de equipes e, mesmo que sejam previstas ações interdisciplinares, por questões culturais, a pressão maior vai ser por consultas médicas.
2. Ao alterar protocolos e rotinas de qualquer ação programática, é importante avaliar o impacto da alteração nas outras rotinas das UBS/USFs, pois, a equipe que desenvolve as diferentes ações é a mesma. Se não houver capacidade instalada, algumas ações deixarão de ser desenvolvidas. Nem sempre temos o controle sobre quais deixarão de acontecer!

### Estratégia

O elemento "Estratégia" é importante, pois se não houver um planejamento adequado não serão escolhidas estratégias apropriadas e haverá perda de recursos, energia e difusão de esforços, logo:

1. É importante discutir e escolher o modelo de saúde que se deseja ter no município, pois ele irá definir o desenho organizacional e os recursos necessários. Procure incorporar na equipe gestora, pessoas com conhecimento técnico, vivência da prática e visão política.
2. O processo de mudança deve ser bem estudado para enfrentar a causa dos problemas e não os sintomas. Dificuldades não declaradas devem ser buscadas e enfrentadas.
3. O excesso de burocracia na prescrição dificulta a adesão do médico e do paciente, é preciso encontrar um caminho para facilitar o processo.
4. É importante capacitar as equipes gestoras e prestadoras do cuidado para entender o SUS, seus recursos, limites e possibilidades. A capacitação dos médicos deve ser prática, objetiva, curta, em pequenos módulos, voltada ao cotidiano, no horário de trabalho e preferencialmente presencial. Se

acontecer fora da jornada de trabalho, o médico deverá ser remunerado, caso contrário, a adesão vai ser baixa.

5. O processo de capacitação deve ser contínuo e inserido na agenda de atividades regulares da gestão. Muito tempo sem retomar o assunto faz com que ele "saia da pauta" causando descrédito nas equipes. As rotinas assistenciais não devem sobrepujar as capacitações.
6. Se as equipes médicas, de enfermagem e administrativa não trabalharem integradas, todas ficarão sobrecarregadas, pois o trabalho é interdependente.
7. Nas orientações coletivas é importante abordar temas como a organização do SUS, fornecimento de receitas, utilização da Farmácia Popular e papel das diversas unidades de saúde.
8. Os coordenadores de unidades de saúde precisam passar por capacitações e avaliações periódicas, pois é função deles garantir que os processos ocorram. Alguns gestores não têm clareza do seu papel, das possibilidades inerentes à função e têm dificuldades em fazer os enfrentamentos necessários.
9. Novas ofertas geram novas demandas! A introdução de novos membros na equipe multidisciplinar deve ser bem planejada, pois ao reproduzir o atendimento individual, talvez não seja possível garantir cobertura populacional suficiente para proporcionar impacto epidemiológico.
10. A importante integração ensino-serviço não pode ficar compartimentada nas esferas gestoras e deve permear as unidades prestadoras do cuidado. Precisam discutir em conjunto as políticas de saúde e a formação dos profissionais de saúde.
11. Os protocolos utilizados pela universidade com os alunos em estágio nas unidades da prefeitura, devem ser os adotados pelo serviço. Os protocolos "paralelos" devem ser evitados.

### Feedback

E, finalmente, quando não há "feedback", irão surgir muitas *dúvidas* sobre o que está sendo feito. É importante garantir os processos de avaliação, utilizar indicadores, realizar devolutivas às equipes e ouvi-las, criando um canal de comunicação efetivo, logo:

1. A confiabilidade dos registros das atividades desenvolvidas nas unidades só é alcançada quando os dados e resultados são discutidos entre gestores e a equipe assistencial (feedback).
2. O coordenador, supervisor/apoiador precisam avaliar e discutir com o médico o processo de trabalho e a sua repercussão na unidade e na comunidade.
3. É preciso monitorar o processo de trabalho. Sem monitoramento não há como existir feedback das ações desenvolvidas, não há mapeamento das dificuldades apresentadas pela equipe, dificultando a abordagem na capacitação.
4. Sempre que implantar um processo novo de trabalho é importante monitorar sua utilização e dar feedback à equipe, caso contrário, existe a tendência de cair em desuso contribuindo com o descrédito na implantação de novos processos.

## REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association (2019). ADA (2019). Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care*. 42(Supplement 1): S1-S2.
- Bardin L (2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
- Brasil (2001). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/plano\\_reorganizacao\\_atencao.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/plano_reorganizacao_atencao.pdf)
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 15.
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxMg> Cadernos de Atenção Básica, n. 35.
- Campos GWS, Domitti AC (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 23(2): 399-407.
- Dias, FL (2015). Transformação. Estruturando a mudança. Disponível em: <https://fernandoluisdias.wordpress.com/2015/08/13/transformacao/#1>
- Dyniewicz AM (2009). Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 2ª ed. São Caetano do Sul: Difusão.
- Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC (1997). Avaliação do Programa Materno-infantil: análise da implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 89-131.
- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 365(9455):217-23.
- Malachias, MVB, Plavnik, FL, Machado, CA, Malta, D, Scala, LCN, Fuchs, S. (2016). 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 1 - Concept, Epidemiology and Primary Prevention. *Arq. Bras. Cardiol*. 107(3, Suppl. 3), 1-6.
- Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Machado ÍE, Silva AG, Bernal RT, Pereira CA, Damacena GN, Stopa SR, Rosenfeld LG, Szwarcwald CL (2019). Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev. Bras. Epidemiol*. 22, (supl. 2) E190006.
- Minayo MCS (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Moreira AD (1998). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: Cultura e Qualidade.
- Moscovici F (2008). Renascença organizacional: o resgate da essência humana. 11ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Moscovici, S (2013). Representações Sociais: investigações em psicologia social. 10ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2019). (SBD 2019). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.
- Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC (2009). Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG.

\*\*\*\*\*